FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1911 — N°

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Charles-Eugène-Marie LE COZ

Né à Quimerch (Finistère), le 6 août 1885

FRÉQUENCE ET FORMES CLINIQUES

DE LA

TUBERCULOSE PULMONAIRE

des Vieillards

Président : M. WIDAL, *professeur.*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & Cie, ÉDITEURS

15, Rue Racine (VIe)

1911

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN, M. LANDOUZY

PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	GARIEL
Chimie organique et Chimie générale	GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	ACHARD
Pathologie médicale	WIDAL DEJERINE
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	Pierre MARIE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	HARTMANN
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	MARFAN
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	CHAUFFARD
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	HAYEM GILBERT DEBOVE LANDOUZY
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	Gilbert BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	
Clinique chirurgicale	DELBET QUENU RECLUS SEGOND
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN
Clinique d'accouchements	BAR PINARD RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	Albert ROBIN

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

BALTHAZARD	DESGREZ	LENORMANT	PROUST
BERNARD	DUVAL (P.)	LEQUEUX	RATHERY
BRANCA	GOUGEROT	LERI	RETTERER
BRINDEAU	GREGOIRE	LOEPER	RICHAUD
BROCA (A.)	GUENIOT	MACAIGNE	ROUSSY
BRUMPT	GUILLAIN	MAILLARD	ROUVIERRE
CAMUS	JEANNIN	MORESTIN	SCHWARTZ
CARNOT	JOUSSET (A.)	MULON	SICARD
CASTAIGNE	LABBE (M.)	NICLOUX	TERRIEN
CHEVASSU	LANGLOIS	NOBECOURT	TIFFENEAU
CLAUDE	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	ZIMMERN
COUVELAIRE	LECENE	OMBREDANNE	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR WIDAL

Membre de l'Académie de Médecine
Chevalier de la Légion d'honneur

•

FRÉQUENCE ET FORMES CLINIQUES

DE LA

TUBERCULOSE PULMONAIRE

des Vieillards

INTRODUCTION

Souvent insoupçonnée de l'entourage du malade, et même méconnue par le médecin, la tuberculose pulmonaire des vieillards est très fréquente.

Le catarrheux chronique, le cachectique sénile sont, la plupart du temps, des tuberculeux présentant des lésions en pleine évolution, en pleine activité, et quoi qu'en ait dit Fonssagrives dans une boutade célèbre, il ne nous semble pas que le simple fait pour un tuberculeux, d'avoir dépassé la cinquantaine, constitue, pour lui, un gage de sécurité ou tout au moins un pis-aller indifférent.

Porteurs de bacilles virulents, qu'ils sèment un peu partout, ces malades, dont on ne se méfie en général pas assez, deviennent, par la force des choses, un véritable danger tant au point de vue social que familial.

Cette grande fréquence de la tuberculose sénile ne saurait donc être trop connue, car si la société a

le droit et le devoir de se défendre contre les dangers de cette maladie, si meurtrière, encore faut-il que nous pensions à aller la dépister partout où elle se trouve et nous ne nous laissions pas tromper par les symptômes morbides si vagues et si frustes par lesquels elle se manifeste chez le vieillard.

Pendant le temps, trop court, où nous avons eu l'honneur d'être l'interne de M. le Dr R. Oppenheim, à la Maison départementale de la Seine, il nous a été donné de pouvoir suivre, sur un très grand nombre de cas, l'évolution de la tuberculose chez l'homme de plus de soixante ans et de contrôler par de nombreuses autopsies les données fournies par la clinique.

C'est pour nous un plaisir bien doux d'assurer ici notre maître de notre respectueuse reconnaissance pour les conseils éclairés qu'il nous a si souvent prodigués.

Nous ne saurions non plus oublier nos maîtres d'internat de l'Hôpital de Brest, MM. les Drs Civel Lenoble et Caradec, à qui nous devons une bonne partie de notre éducation médicale : MM. les Drs Aubineau, Maheo, Bonain, Chuiton nous ont toujours témoigné la plus grande bienveillance : qu'ils soient assurés de notre profonde gratitude.

M. le professeur Widal nous a fait l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse ; nous lui offrons nos respectueux remerciements.

HISTORIQUE

L'histoire générale de la tuberculose sénile a déjà été l'objet de nombreux travaux : les nosographes de la vieillesse ont depuis longtemps signalé son existence, tout en appréciant d'une manière souvent différente la proportion des tuberculeux âgés.

Les premières, en date, des publications consacrées à la tuberculose des vieillards sont celles de Bayle, de Laennec, de Canstatt, de Prüss, de Beau, de Lebert et Geist. Laënnec, en 1826, constata, en effet, la fréquence de la phtisie dans l'âge même avancé ; après lui, Beau, en France et Canstatt, en Allemagne insistèrent de nouveau sur l'existence et la fréquence de la tuberculose des gens âgés. Pour Beau, cependant, le dépérissement sénile était dû surtout à un catarrhe chronique auquel il ne reconnaissait pas une nature tuberculeuse.

En 1829, Quesne avait donné une observation très complète d'hémoptysie foudroyante avec mort subite chez une femme de quatre-vingts ans.

Puis vinrent les travaux de Rogé sur la curabilité de la phtisie par la transformation anatomique des tubercules, les cliniques d'Andral, la thèse de con-

cours de Gendrin, en 1840 sur l'influence de l'âge dans les maladies, les observations de Milcent, de Barth.

En 1843, Boudet consacre sa thèse à des recherches sur la guérison naturelle ou spontanée de la tuberculose pulmonaire : à noter la même année l'article: vieillesse de Gillette dans le dictionnaire des dictionnaires.

En 1873, après la thèse de concours de Peter sur la tuberculisation en général, paraît une histoire d'ensemble de la tuberculose des vieillards dans le livre de Durand-Fardel et dans la thèse de Louis Moureton, élève de Vulpian.

Mettenheimer en Allemagne, Maclachlan en Angleterre, Hérard et Cornil en France s'occupèrent également de la phtisie de l'âge avancé.

De 1874 datent les leçons cliniques de Charcot sur les maladies des vieillards: la thèse de Bard, le mémoire de Brousse sur l'évolution sénile en général, les travaux de Demange, de Havard Marsh, postérieurs en date, sont consacrés à des études cliniques et anatomiques de la vieillesse.

Plus près de nous, nous trouvons les travaux de Marfan, de Michel, les recherches de Parisot dans la Revue Médicale de l'Est, les leçons de Boy-Tessier sur les maladies des vieillards et les articles de Potain.

De 1895 date l'excellent article de Barié consacré à des recherches sur la tuberculose sénile ; à signaler encore les articles de Launois et Bourgeois, de Boinet,

d'Etienne, les articles de Rauzier, le mémoire de Delanoe.

La tuberculose chez le vieillard a en outre inspiré un certain nombre de thèses inaugurales, entre autres celles de Cocatrice, de Jardin, d'Antonin, de Rueff, de Chaix, de Balme et de Combes.

Digitized by the Internet Archive
in 2025

https://archive.org/details/frequenceetforme0000vari

CHAPITRE PREMIER

FRÉQUENCE DE LA TUBERCULOSE PULMONAIRE DES VIEILLARDS

Résultats fournis par l'examen clinique l'intra-dermo-réaction et les autopsies

Admise par presque tous les nosographes de la vieillesse, la plus ou moins grande fréquence de la tuberculose sénile a été diversement appréciée et il nous semble difficile, en parcourant les différents travaux parus sur ce sujet, d'arriver à des conclusions précises touchant la proportion des tuberculeux âgés.

Malgré ces divergences d'appréciations et de conclusions, les différents auteurs s'accordent, en général, pour reconnaître que la tuberculose des vieillards, a, tous les ans, de nombreuses victimes à son actif.

Ces divergences tiennent à ce que les diverses statistiques publiées ont trait à des constatations d'ordre différent. Les unes reposent uniquement sur des faits cliniques et nous connaissons trop la difficulté

du diagnostic exact de la phtisie sénile, sur laquelle Boinet et Stähelin ont encore récemment attiré l'attention, pour leur attribuer une grande valeur. Nous ne ferons donc qu'indiquer les chiffres cités par Étienne, d'après qui les malades entrés pendant une période de dix ans à l'hôpital civil de Nancy donneraient une proportion de 8,3 o/o de tuberculeux, tandis que les vieillards observés pendant la même période ne seraient atteints que dans la proportion de 3,39 o/o.

D'autres statistiques sont basées sur les procédés plus récents de diagnostic empruntés au laboratoire. C'est ainsi que Courmont et Revol, puis Froment, ont eu recours au séro-diagnostic de la tuberculose chez le vieillard sans arriver d'ailleurs à des conclusions bien précises.

Étienne a pratiqué l'ophtalmo-réaction à la tuberculine et l'a trouvée positive 72 fois sur 100 chez 106 vieillards dont 16 seulement présentaient des signes nets de tuberculose. Plus récemment, Mantoux a eu recours à l'intra-dermo-réaction chez 51 sujets âgés de plus de soixante ans avec 33 réactions positives, soit 64 o/o.

Viennent ensuite les statistiques qui reposent sur les chiffres de mortalité. Prüss fournit une statistique de 390 cas de mort chez des vieillards et rapporte à la phtisie pulmonaire 1/26 de ces décès, Geist et Moureton 1/7, Launois et Bourgeois 1/8. Dans sa statistique, Barié établit que, pendant la période décennale de 1884 à 1893 sur 92.141 décès survenus

dans 10 hôpitaux ou hospices parisiens, il est mort 2.202 vieillards de soixante à quatre-vingt-douze ans par tuberculose pulmonaire (1.604 hommes et 598 femmes, soit une proportion de 2,29 o/o.

Pour Combes, dans les hospices de vieillards, 3 à 4 o/o des décès sont dus à la tuberculose diagnostiquée pendant la vie, mais on constate 15 à 17 fois o/o des lésions bacillaires à l'autopsie.

On ne peut attacher une grande importance à ceux de ces chiffres qui ont été simplement obtenus en compulsant les registres de décès des hôpitaux, sans être appuyés par le contrôle des autopsies. Il nous paraît difficile également, de faire état des statistiques qui comparent le nombre de vieillards ayant succombé à la phtisie à celui des adultes morts de la même cause, sans indiquer parallèlement la proportion d'adultes et de vieillards hospitalisés pendant la même période. Enfin, les chiffres les plus probants comme ceux de Geist et de Moureton, qui portent uniquement sur des autopsies de vieillards, proviennent d'hospices ou d'asiles où la contagion nosocomiale a eu pour effet de multiplier le nombre des tuberculeux.

Sans nous dissimuler que nos propres recherches sont également passibles du même reproche, nous avons voulu, au moment d'entreprendre une étude de la tuberculose sénile, nous rendre compte tout d'abord de la fréquence générale de cette affection, et nous apportons ici les résultats que nous ont donnés, d'une part, certains procédés d'investigation

cliniques auxquels nous avons pu recourir, d'autre part, nos nombreuses autopsies personnelles, résultats qui ont déjà fait l'objet d'un travail publié en collaboration avec notre maître, M. le Dr Oppenheim.

La tuberculose pulmonaire du vieillard étant souvent une trouvaille d'autopsie, il est important d'avoir à son service un procédé de diagnostic simple, facilement appliccable en clinique courante, et dont les résultats soient suffisamment nets. L'intra-dermo-réaction à la tuberculine, proposée par le Dr Mantoux, nous a paru répondre à tous les desiderata. Ce procédé plus sensible et plus constant dans ses résultats que la cuti-réaction de Von Pirquet est bien moins dangereuse que l'injection sous-cutanée de tuberculine. C'est, de plus, un procédé d'une grande simplicité qui le rend vraiment pratique, d'une indolence à peu près absolue, n'entraînant pas de réactions générales et ne déterminant pas d'aggravation des lésions locales préexistantes.

C'est donc à ce procédé que nous avons eu constamment recours : pendant un an nous avons soumis à l'épreuve de la tuberculine la plupart des vieillards que nous avons eu l'occasion d'examiner et nous l'avons pratiquée sur 1.162 vieillards.

La solution de tuberculine employée était obtenue en diluant la solution mère à 1/100 de l'Institut Pasteur de Paris dans 49 volumes d'eau physiologique. L'injection était faite en plissant la peau et en enfon-

çant très obliquement l'aiguille de la seringue de Pravaz de façon à ne pas dépasser le derme.

L'aiguille une fois fixée, l'injection lentement poussée dans le derme amenait la production d'une petite boule d'œdème dont la formation marquait la réussite de l'opération. La quantité injectée fut toujours d'une goutte, c'est-à-dire 1/20 de centimètre cube, correspondant à une division de la tige graduée de la seringue de Pravaz

Lorsque la réaction était positive, vingt-quatre heures, quarante-huit heures, quelquefois même trois ou huit jours après la piqûre, on constatait une infiltration rosée, une petite induration en forme de plateau, à surface nettement granitée, entourée d'un halo érythémateux rosé, parfois assez étendu, que nous avons vu à plusieurs reprises de la grandeur d'une petite paume de main et qui a même envahi, une fois, toute la partie externe du bras. Le halo érythémateux disparaissait le quatrième ou cinquième jour, le nodule central changeait de coloration, devenait violet puis brun, pour disparaître finalement au bout d'une quinzaine de jours.

Mais l'intra-dermo-réaction, bien que positive, n'est pas toujours aussi typique chez le vieillard et peut se borner à l'apparition d'une petite nodosité incolore, appréciable seulement au palper : de plus, chez les cachectiques, les résultats sont, le plus souvent, négatifs.

Nos propres expériences d'intra-dermo-réaction à la tuberculine portent sur un total de 1.750 cas. Au

début de nos recherches, en janvier 1910, nous prîmes, au hasard, 276 malades que nous injectâmes, suivant la méthode de Mantoux, et nous obtînmes 146 résultats positifs, soit environ 54 o/o que nous divisâmes à ce moment en deux catégories principales d'attente, cardiaques et pulmonaires, examinés cliniquement, réservant notre appréciation ultérieure sur les malades qui avaient réagi à l'injection et que nous n'avions pu examiner au point de vue stigmates de la tuberculose. Pour la commodité de l'interprétation, nous avons divisé les résultats de l'intra-dermo-réaction en positifs, douteux et négatifs, les douteux étant des résultats positifs sans présence toutefois du halo érythémateux.

Par la suite, n'ayant observé ni phénomènes généraux, ni élévation thermique, ni modifications du côté des lésions préexistantes, nous avons systématiquement pratiqué l'intra-dermo-réaction sur tous les malades du service. Nous avons, également, à quelques semaines ou à quelques mois d'intervalle, renouvelé l'épreuve sur le même sujet lorsque la première était négative ou douteuse.

La seconde série d'intra-dermo-réactions, datant du mois de mai 1910, porte à 1406 vieillards le nombre de cas observés : le pourcentage global était à ce moment :

Résultats positifs et douteux.....	75
— négatifs.....	25

Soit, en y comprenant les douteux 75 o/o de résultats positifs.

Nos dernières expériences, datant du mois de novembre 1910, faites sur des sujets douteux ou nouvellement entrés dans le service, donnèrent comme pourcentage :

Résultats positifs.....	76
— douteux.....	6
— négatifs.....	18

Sur un total de 552 cas, soit environ 82 o/o de réactions positives.

Le pourcentage général de nos trois séries d'intra-dermo donnait donc comme résultat une moyenne de 78,5 o/o de cas positifs.

Ce qui nous avait amené à répéter plusieurs fois certaines de nos intra-dermo-réactions, c'est, qu'au début de nos recherches, une particularité du mode de réaction des vieillards, que nous ignorions, nous avait fait commettre quelques erreurs. Les malades ayant subi l'injection d'une goutte de tuberculine au 1/5000 étaient examinés vingt-quatre heures, quarante-huit heures, trois jours après la piqûre, et si l'on ne constatait pas l'infiltration rosée ou la petite induration, dont l'apparition constitue la réaction positive, nous admettions que le malade n'avait pas réagi. Or, examinant par hasard et pour une autre cause, cinq, huit, dix jours et même deux mois après, dans un cas, des vieillards ayant ainsi donné un résultat négatif, nous étions fort surpris de trouver

au niveau de l'injection une infiltration des plus nettes, perceptible au toucher, souvent colorée en brun violacé, de la dimension d'une pièce de 50 centimes, de 1 franc, nous montrant que, chez le vieillard, la réaction peut être retardée. La régression se fait toujours lentement, quel qu'ait été le moment d'apparition du nodule réactionnel et tandis que, chez l'adulte, la réaction après avoir atteint son acmé après quarante-huit heures, s'efface en six ou huit jours, il est habituel, chez le vieillard, de retrouver, dix, quinze, vingt jours et même deux mois après la piqûre, une induration très accusée.

Donc, apparition souvent tardive, régression lente, telles sont les particularités de la réaction des vieillards à l'intra-dermo-réaction. A cela près, l'aspect est identique à celui qu'ont indiqué Mantoux et le professeur Hutinel pour les réactions de l'enfant et de l'adulte avec les différents modes signalés par ces derniers. Il nous paraît cependant intéressant de noter que, contrairement à l'opinion soutenue par Thibierge et Gastinel, puis par Crozet, nous n'avons jamais observé, chez nos vieillards atteints de dermatoses, une éruption du type de cette dermatose, après injection de tuberculine.

Pendant une période de dix-sept mois, d'octobre 1909 à mars 1911, nous avons d'autre part, pratiqué 330 autopsies de sujets âgés de plus de soixante ans, et 246 fois nous avons constaté des lésions indéniables de tuberculose pulmonaire. Une première division s'impose entre les cas où l'on ne trouve que

des tubercules calcifiés, plus ou moins volumineux et plus ou moins nombreux, des nodules fibreux entourés d'une zone de sclérose pulmonaire, cas répondant aux différents aspects des formes dites « de guérison », et ceux qui concernent des lésions en évolution.

Les tubercules de guérison ont été trouvés seuls, c'est-à-dire sans existence de lésions récentes chez 143 vieillards ayant succombé aux affections les plus variées : hémorragie ou ramollissement cérébraux, cancer, néphrite, pneumonie, mais ils existaient également dans la plupart des cas, au nombre de 103, où l'on a pu constater un processus tuberculeux en activité.

Ce dernier processus se présentait tantôt sous forme de tuberculose pulmonaire chronique avec infiltration plus ou moins étendue, fonte caséeuse, cavernes, tantôt, dans 38 de nos observations sous l'aspect de la phtisie aiguë.

Il est cependant très difficile, à l'autopsie, de déterminer si la tuberculose n'a été qu'un épiphénomène, d'importance secondaire, chez un sujet ayant succombé à une affection intercurrente ou si, au contraire, elle doit être considérée comme responsable de la mort. Nous n'avons admis, comme ayant provoqué le décès, que les cas de tuberculose chronique aiguë et ceux de tuberculose chronique à lésions très étendues lorsque la mort ne pourrait être attribuée avec certitude à aucune autre cause. Nous comptons 21 observations de ce genre à rapprocher des 38 cas

de tuberculose aiguë signalés plus haut. Il convient d'y ajouter un cas de laryngite bacillaire où la mort survint quelques jours après une trachéotomie d'urgence. Nous sommes ainsi amenés à admettre que 60 de nos 330 vieillards sont morts de tuberculose, soit une proportion de 18 o/o, alors que 246 d'entre eux, c'est-à-dire 74 o/o ont été touchés à une période quelconque de leur existence par l'infection bacillaire.

Il nous a semblé intéressant de rapprocher les résultats de l'autopsie de ceux de l'intra-dermo-réaction. On remarquera, de suite, que ce chiffre de 74 o/o que nous indiquons comme proportion de vieillards, à l'autopsie desquels on trouve des lésions tuberculeuses se rapproche de celui de 78,5 o/o donné par les cas positifs de la réaction de Mantoux.

Parmi nos 330 autopsies, 138 concernent des sujets ayant subi l'intra-dermo-réaction quelques mois ou quelques semaines avant leur mort; il nous a donc été possible de vérifier, de façon très précise, la valeur exacte de la méthode. Sur ces 138 vieillards, 114 avaient donné un résultat positif : à l'autopsie nous avons trouvé 3 fois la granulie, 41 fois une tuberculose pulmonaire en activité, 65 fois des tubercules fibreux ou crétacés; enfin, dans 5 cas, nous n'avons pu déceler la lésion tuberculeuse. Vingt-quatre vieillards n'avaient pas réagi à l'injection; l'autopsie nous a montré chez eux un cas de granulie, 8 tuberculoses pulmonaires en activité chez des sujets injectés, alors qu'ils étaient déjà dans un état

de cachexie avancée, 6 cas de vieux tubercules de guérison chez des sujets ayant de soixante-seize à quatre-vingt-quatre ans ; enfin 9 non tuberculeux.

Les discordances entre les résultats de l'autopsie et ceux de l'intra-dermo-réaction se réduisent à peu de chose : sans doute, 5 sujets ayant présenté une réaction positive n'avaient pas de lésion bacillaire évidente, mais, quelque soin que nous y ayons apporté, nous n'avons pas la prétention d'avoir fait des autopsies absolument complètes et rien ne nous prouve que quelque ganglion suspect ne nous a pas échappé. La légère différence constatée entre le pourcentage des intra-dermo-réactions positives, 78,5 o/o et celui des tuberculoses trouvées à l'autopsie, 74 o/o, nous paraît justement correspondre à ces lésions extrêmement discrètes qui peuvent échapper aux investigations, toujours un peu trop hâtives, de l'amphithéâtre.

D'autre part, nous voyons que 15 vieillards trouvés, à l'autopsie, porteurs de lésions tuberculeuses n'avaient pas réagi, mais 9 étaient cachectiques au moment de la piqûre, ce qui explique parfaitement la réaction négative et 6 très avancés en âge, n'avaient que des lésions minimes, peut-être cicatrisées depuis plus d'un demi-siècle.

Mantoux, chez l'adulte, trouve 82 o/o de réactions positives, alors que nous en obtenons 78,5 o/o chez le vieillard. L'écart de 3,50 o/o répond, sans doute, à ces quelques cas de tubercules crétacés anciens trouvés à l'autopsie de sujets qui n'avaient pas réagi.

Nous pouvons donc conclure que, chez le tuberculeux guéri, la réaction, après avoir été positive pendant de longues années, devient à la longue de plus en plus lente à se produire et finit par disparaître à l'extrême limite de la vieillesse. Il n'est que juste de conclure qu'une méthode qui donne des résultats aussi proches de ceux de l'autopsie constitue un excellent moyen de diagnostic et permet de dire, presque à coup sûr, si le sujet examiné a éte touché à une période quelconque de sa vie par le bacille de Koch.

CHAPITRE II

FORMES ANATOMO-PATHOLOGIQUES
DE LA TUBERCULOSE DU VIEILLARD

Les lésions tuberculeuses du poumon chez le vieillard se présentent, d'une façon générale, sous des aspects identiques à celles de la tuberculose de l'adulte, c'est-à-dire sous forme de granulations grises plus ou moins isolées et d'infiltration tuberculeuse diffuse. La matière tuberculeuse, d'abord dure et grisâtre, devient molle, jaunâtre, se ramollit peu à peu et est évacuée par les bronches laissant, à sa place, dans le parenchyme pulmonaire, des pertes de substance qui constituent les cavernes. Suivant la loi de Louis, c'est au sommet que débutent les tubercules pour envahir ensuite le reste de l'organe suivant une marche descendante.

Les lésions tuberculeuses ne nous arrêterons pas longtemps : elles sont décrites dans tous les livres classiques et n'offrent rien de particulier chez le vieillard.

Dans la phtisie aiguë granulique, la lésion est caractérisée par la présence de granulations miliaires, par de petits grains gris, demi-transparents, dont

la grosseur varie depuis celle d'un grain de millet jusqu'à celle d'un grain de chènevis, intimement adhérents au tissu pulmonaire. Ces granulations miliaires, dues, en général, à une tuberculose hématogène, tantôt n'occupent que les poumons et les plèvres, tantôt se généralisent au péritoine et aux organes abdominaux, donnant l'aspect de la granulie généralisée.

Dans la phtisie aiguë à forme pneumonique ou broncho-pneumonique du vieillard on constate un bloc d'hépatisation occupant une partie du lobe ou un lobe pulmonaire entier, mais de consistance molle, pâteuse, d'aspect caséeux, de coloration gris jaunâtre avec des stries anthracosiques, bloc qui a été comparé à un morceau de fromage de Roquefort. Le poumon, les séreuses sont, en outre, quelquefois farcis d'un semis de granulations miliaires lorsque la granulie est venue compliquer la broncho-pneumonie en activité.

Les formes anatomiques de la phtisie galopante du vieillard et de la pleurésie tuberculeuse à marche rapide n'offrent rien de particulier à noter.

On peut observer chez le vieillard les lésions habituelles de la phtisie chronique ; formation et prolifération néoplasiques, ramollissement, ulcération, telles sont encore ici les trois étapes du processus. Ces lésions, banales, communes à l'adulte et au vieillard ne méritent pas de nous arrêter.

Il faut surtout insister sur la fréquence des vieilles lésions guéries, soit qu'on trouve simplement des

tubercules de guérison, crétacés, fibro-crétacés, dans un poumon sain d'autre part, soit au contraire qu'on trouve ces mêmes tubercules dans un poumon présentant en même temps des lésions d'emphysème, de pneumonie chronique, de sclérose pulmonaire, secondaires au processus tuberculeux ancien.

On rencontre, souvent, à l'autopsie des vieillards, des concrétions crétacées du volume d'un grain de millet à celui d'un pois, occupant le sommet du poumon et constituant la signature, par excellence, du processus tuberculeux chronique. Ces concrétions forment deux variétés distinctes, des concrétions caséo-calcaires et des concrétions calcaires ; ces dernières constituant les masses tuberculeuses dites de guérison et résultant d'une véritable transformation, d'une guérison du tubercule.

Le bacille tuberculeux est rare dans les tubercules fibreux ; d'autre part, sa présence dans les tubercules calcifiés a été vivement discutée. Pour Déjernie, le bacille ferait défaut dans les produits calcifiés mais existerait dans les tubercules caseo-calcifiés ; nous n'avons pu le trouver dans un tubercule de guérison provenant de l'autopsie d'une femme de quatre-vingt-treize ans.

La substance caséeuse est d'une coloration blanche, légèrement jaunâtre, semblable à de la matière crayeuse, à du mastic, et contient, souvent, en suspension, de petits grains durs, résistants.

Les concrétions tuberculeuses sont accompagnées d'une matière noire, charbonneuse; anthracosique ;

elles sont, de plus, généralement entourées d'un tissu fibreux, dur, résistant à la coupe, d'apparence parfois cartilagineuse ou d'une zone de broncho-pneumonie chronique.

On peut observer des cavernes guéries par cicatrisation, mais, dans ce cas, la guérison peut être plus apparente que réelle et l'on peut retrouver dans ces excavations des bacilles en pleine activité encore inoculables.

Le sommet du poumon tuberculeux est relié aux parois thoraciques par des adhérences très résistantes qui peuvent produire des dépressions des froncements indurés dans l'intervalle desquels le tissu pulmonaire est tantôt dur, infiltré, tantôt forme une masse compacte, imperméable à l'air, non crépitante, et remplie de formations caseo-anthracosiques.

La phtisie fibreuse accompagne, très souvent, la tuberculose caséeuse, mais elle est quelquefois tellement prédominante que le poumon transformé sur une grande étendue en un bloc gris noirâtre, très adhérent aux parois thoraciques, presque imperméable à l'air, ressemble a une masse de caoutchouc : cette phtisie fibreuse est une sclérose broncho-pulmonaire avec dilatation des bronches et emphysème vésiculaire,

Les masses tuberculeuses produisent fréquemment un emphysème localisé au sommet, au bord antérieur, ou au contraire, très étendu.

Cet emphysème qui accompagne souvent la bron-

chite chronique chez le vieillard ; cette association de l'emphysème et de la tuberculose nous explique bien la marche lente et torpide de la tuberculose, mais elle expose, par contre, le malade aux poussées de bronchite et surtout à la dilatation cardiaque avec asystolie.

A côté de l'emphysème et de la bronchite chronique qui accompagnent souvent la tuberculose pulmonaire chez le vieillard il faut signaler une affection presque constante, la sclérose pulmonaire qui peut aller de la zone de broncho-pneumonie entourant les foyers calcifiés jusqu'à la phtisie fibreuse dans laquelle les lésions de sclérose occupent une étendue considérable du poumon.

La tuberculose, aussi bien aiguë que chronique des poumons, se complique souvent, chez le vieillard de troubles et d'altérations anatomiques complexes du côté de la plupart des appareils.

En tant que manifestations tuberculeuses extra-pulmonaires nous croyons devoir insister sur la frequence des adénopathies tuberculeuses : on trouve souvent à lautopsie des ganglions cervicaux, axillaires lombaires et mésentériques caséeux, une tuberculose aiguë du poumon, exclusivement localisée au pourtour du hile, au niveau des ganglions bronchiques, avec intégrité absolue des sommets. La péritonite tuberculeuse, la tuberculose du foie, de l'intestin : les altérations tuberculeuses des os, comme l'a fait remarquer le Professeur Widal, sont également assez fréquentes. La fonte tuberculeuse du sternum,

la tuberculose sterno-costo-claviculaire, la tuberculose des vertèbres, des os du tarse, du métatarse ne sont pas très rares : on note, à différentes reprises, des tumeurs blanches en évolution, des épididymites tuberculeuses, des tuberculoses cutanées.

Les conclusions de cette étude anatomo-pathologique des lésions tuberculeuses du vieillard nous montrent que cette affection est souvent un reliquat de vieilles lésisions guéries, et consiste surtout en masses de guérison : cette forme de tuberculose guérie rentre pour une bonne part dans le total des lésions observées à l'amphitéâtre et dans notre propre statistique elle rentrerait 44 fois environ dans les 74 cas de tuberculoses relevées sur un total de cent malades. Cette tuberculose est souvent encore en activité, et le pourcentage des cas observés donne un résultat approximatif de 39 o/o de lésions tuberculeuses en évolution.

Cette tuberculose sénile en évolution peut n'évoluer qu'au second plan, le malade mourant de maladie intercurrente ; mais quelquefois on la constate au premier plan des diverses lésions observées et elle doit être considérée comme l'unique cause de mort.

CHAPITRE III

FORMES CLINIQUES AIGUES
DE LA TUBERCLOSE PULUMONAIRE SÉNILE

Nous avons établi que 74 o/o des vieillards, tout au moins dans les hôpitaux ou hospices, sont atteints de lésions tuberculeuses ; que chez plus du tiers d'entre eux ces lésions sont en activité et qu'elles doivent entraîner tôt ou tard la mort d'un cinquième ou d'un sixième des vieillards observés.

Dans un assez grand nombre de cas, la phtisie sénile évolue comme celle de l'adulte et peut se diagnostiquer assez facilement tant par l'examen des signes physiques que par les méthodes de laboratoire et surtout par la constatation des bacilles dans les crachats.

Mais il n'en est pas toujours ainsi et la maladie évolue souvent d'une façon latente. Dans certains cas, assez nombreux, les signes cliniques font totalement défaut, dans d'autres,on constate la présence des signes généraux de la cachexie sénile ; asthénie, amaigrissement, diarrhée profuse sans fièvre ni signes physiques. La tuberculose se présente souvent chez le vieillard comme un simple catarrhe bron-

chique et le malade est considéré comme un tousseur et un cracheur, mais non comme le tuberculeux qu'il est la plupart du temps.

La tuberculose sénile apparaît comme le reliquat ou le réveil d'une tuberculose ancienne datant de l'enfance ou de l'âge adulte. Dans les antécédents des malades, on retrouve des bronchites chroniques, voire des hémoptysies. Souvent ils présentent des cicatrices d'adénites anciennes ou de vieux lupus ; un très grand nombre de sujets sont porteurs de vieilles lésions ostéo-articulaires, tumeurs blanches, coxalgies ou ont subi une amputation pour lésions de cette nature. Par un interrogatoire plus complet, on apprend, souvent, que la tuberculose a frappé non seulement le vieillard qu'on examine, mais encore un certain nombre de membres de sa famile et il semble que souvent la tuberculose au lieu d'avoir été héréditaire a été ascendante, remontant des enfants vers les parents; faits sur lesquels la professeur Widal a attiré l'attention.

Il existe, cependant, toute une catégorie de malades chez lesquels il est difficile de faire remonter aussi loin le début de la tuberculose et,comme l'a dit Peter,on devient tuberculeux à tout âge. La maladie doit donc être parfois considérée comme primitive, c'est-à-dire comme ayant débuté chez le vieillard. Sans doute, dans ces cas, il y a lieu, avant tout, de faire jouer un grand rôle à la contagion nosocomiale, mais si importante que soit celle-ci, elle n'explique pas tout puisqu'elle ne frappe pas indistinctement

tous les sujets. A côté d'elle, il faut tenir compte des causes prédisposantes et, en particulier, signaler l'importance du surmenage, des privations, de la misère, de l'encombrement dans les logements insalubres et, surtout du défaut d'air, du manque d'exercice.

L'alcoolisme chronique, le diabète et le cancer doivent également être considérés comme des tares générales qui affaiblissent la résistance, si souvent précaire du vieillard, et en font une proie toute désignée pour le bacille de Koch. Mais la principale cause de contamination est, sans contredit, la fréquentation habituelle d'un foyer de contagion, la transmission interfamiliale, interconjugale est assez fréquente ; la contamination hospitalière est très répandue et c'est certainement à cette dernière que nous devons rapporter la fréquence extrême de l'infection tuberculeuse dans les asiles et hospices de vieillards.

Comme chez l'adulte, on retrouve chez le vieillard, les deux grands groupes de tuberculose que les classiques ont établi depuis longtemps : la phtisie aiguë, d'une part, avec ses multiples manifestations granulie, broncho-pneumonie et, d'autre part, la phtisie chronique.

Nous nous attacherons dans les pages qui suivent non pas à exposer une étude seméiologique complète des formes aiguës et chroniques, ce qui nous entraînerait trop loin, mais à mettre en relief les particularités cliniques qui caractérisent les principales variétés des formes aiguës et chroniques.

La tuberculose pulmonaire peut revêtir chez le vieillard, comme chez l'adulte, des allures rapides, et cette forme se rencontre fréquemment, contrairement à l'opinion de Lebert qui déclare, d'après des statistiques, que la tuberculose aiguë est rare à partir de soixante ans.

La diversité des symptômes, le peu de réactions générales de l'organisme, l'ignorance habituelle des antécédents morbides du sujet rendent, souvent, le diagnostic hésitant, et, dans la grande majorité des cas, c'est l'autopsie seule qui permet de constater des lésions récentes de granulie, de broncho-pneumonie caséeuse restées jusque là latentes ou ayant évolué sous le masque trompeur de la cachexie sénile. Ces faits, en opposition avec le caractère général de la phtisie sénile qui est, le plus souvent, une maladie à marche torpide et lente, doivent toujours être présents à l'esprit du clinicien, qui pourra ainsi rapporter à leur véritable cause les symptômes disparates qu'il voit évoluer chez le vieillard.

La fréquence de ces formes aiguës mérite d'être signalée et cela d'autant plus qu'elles s'observent encore dans l'extrême vieillesse : dans 38 de nos observations, nous avons pu assister à l'évolution de la phtisie aiguë. Ces 38 cas se répartissent en 12 broncho-pneumonies tuberculeuses à évolution aiguë, 7 pneumonies caséeuses, 5 pleurésies séro-fibrineuses, 3 pleurésies purulentes (toutes ces pleurésies, ayant évolué rapidement, doivent rentrer dans

les formes aiguës), 7 granulies pleuro-pulmonaires, 3 granulies généralisées.

Cliniquement, la phtisie pulmonaire aiguë sénile répond à plusieurs types absolument différents et, soit qu'elle termine l'évolution d'une tuberculose ancienne, soit qu'elle évolue pour son propre compte, tout au moins en apparence, cette tuberculose aiguë peut-être latente ou revêtir la forme d'une véritable infection aiguë.

Comne formes aiguës nous décrirons :

1° La forme granulique ;

2° La forme broncho-pneumonique ;

3° La phtisie galopante classique ;

4° La pleurésie tuberculeuse à évolution rapide.

1° Tuberculose aigue granulique

La tuberculose aiguë granulique du veillard peut-être :

A) Absolument latente.

B) Évoluer sous le masque de la cachexie sénile.

C) Se présenter comme une maladie infectieuse aiguë avec ou sans signes pulmonaires.

A) *Tuberculose granulique latente*

Dans le premier groupe de faits, la maladie conserve, jusqu'au bout, un caractère absolument latent: la granulie est une véritable trouvaille d'au-

topsie. Les vieillards, hospitalisés pour des affections diverses, sénilité ; artério-sclérose, bronchite, néphrite chronique, ne sont pas considérés comme de véritables malades et vaquent jusqu'au dernier jour à leurs occupations sans que le moindre symtôme alarmant vienne mettre le médecin sur la piste du diagnostic. En quelques jours, souvent même en quelques heures, ces vieillards s'affaiblissent et succombent sans qu'aucun signe clinique puisse faire soupçonner la nature de l'affection qui les emporte.

Cette forme n'a donc pas d'histoire clinique spéciale et dans les rares cas où l'on peut examiner le sujet quelque temps avant sa mort, on est inévitablement amené à penser à la cachexie sénile simple, diagnostic d'autant plus vraisemblable qu'il s'agit, en général, de vieillards très avancés en âge.

OBSERVATION I (Personnelle)

(*Granulie pleuro-pulmonaire. — Latence absolue*)

D..., Arthur soixante-douze ans, salle 3, lit 30.

Hospitalisé à Nanterre, en 1905, pour sénilité et parésie des membres inférieurs : volumineuse hernie inguinale droite.

Pas d'antécédents héréditaires.

Dans les antécédents personnels on relève une attaque de rhumatisme articulaire aigu qui aurait duré un mois et

qui n'a laissé aucune trace apparente au niveau des articulations atteintes.

Au premier examen du malade pratiqué par nous le 15 février 1910, les poumons sont normaux, ni toux ni expectoration ; les bruits du cœur sont bien frappés sans signes de lésions valvulaires, deuxième bruit aortique clangoreux, radiales souples.

La mort survient brusquement le 10 mars 1910 sans phénomènes cliniques spéciaux.

A l'autopsie, le 12 mars 1910, on constate un semis de granulations miliaires grises parsemant la surface des deux poumons : il existe, en outre, une énorme congestion des poumons qui sont gorgés de sang et absolument noirs dans toute leur hauteur. Au niveau du foie, petit tubercule crétacé du volume d'un pois se détachant sur un parenchyme jaunâtre de foie gras. Les reins sont normaux. La rate volumineuse présente une perisplénite très accusée. Athérome aortique ; au niveau du cœur, endocardite fibreuse de la graude valve de la mitrale.

OBSERVATION II (Personnelle)

Granulie généralisée. — Latence absolue.

G... Paul, soixante-neuf ans. Salle 1, lit 3.

Artério-scléreux, avec crises de dyspnée paroxystique d'origine cardio-rénale, hospitalisé à Nanterre en 1906 pour misère physiologique.

Lors du premier examen, le 20 mars 1910, nous constatons :

Cœur hypertrophié : la pointe bat dans le sixième espace intercostal, à deux travers de doigts en dehors du mamelon. Bruit de galop gauche, souffle diastolique net au niveau de l'orifice aortique ; radiales très dures, pas de surélévation des sous-clavières, pas de battements des vaisseaux du cou. Les autres appareils sont normaux. Les urines contiennent de petites quantités d'albumine.

Cet homme qui a continué à jouir d'une santé relativement satisfaisante s'alite brusquement, se cachectise très rapidement et meurt le 16 mai 1910, après six jours de maladie, sans qu'un examen minutieux nous permette de reconnaître la nature de l'affection.

A l'autopsie, le 18 mai 1910 : granulie généralisée avec granulations au niveau des poumons, du péritoine, de l'intestin : cicatrices pleurales au niveau des deux sommets, ganglions suspects du hile. La surface du foie, de la rate, les reins sont également parsemés de granulations miliaires. Le cœur énorme (1.020 grammes), surchargé de graisse, présente un gros athérome des valvules aortiques et de la partie ascendante de la crosse, avec hypertrophie des parois ventriculaires, surtout marquée au niveau du cœur gauche.

OBSERVATION III (personnelle)

Granulie pleuro-pulmonaire. — Latence absolue.
Kyste hydatique stérile du foie.

M... Delphine, soixante-deux ans. Salle 55, lit 12.

Hospitalisée à Nanterre, en mars 1909, comme sénile. Au premier examen, le 3 janvier 1910, nous ne notons rien de

particulier. Le cœur est normal, les radiales modérément athéromateuses, la pression à la radiale est de 15. Poumons normaux, ni toux, ni expectoration. Les urines contiennent de l'albumine, l'appétit est excellent.

17 septembre 1910. — Survient un état d'abattement extrême, sans élévation de température ni signes cliniques.

Mort en trente-six heures.

A l'autopsie, le 21 septembre 1910, granulie généralisée des deux poumons avec épaississement des plèvres, ganglions suspects du hile. Les reins, modérément scléreux, se décortiquent bien. Au niveau de la partie convexe du foie, il existe un vieux kyste hydatique du volume du poing contenant une petite quantité de liquide légèrement citrin. L'estomac, le pancréas, le duodenum sont normaux; les autres appareils ne présentent rien de particulier.

B) *Tuberculose granulique à latence relative*

Cette forme de granulie à latence absolue n'est pas la seule et nous avons quelquefois observé, chez nos malades, un mode d'évolution légèrement différent, ne permettant cependant pas de découvrir le processus tuberculeux aigu en évolution.

Dans ces cas de granulie à latence relative, nous voyons, encore ici, la maladie évoluer comme la cachexie sénile. Mais, tandis que dans la forme précédente il s'agissait de sujets, à peu près valides, emportés presque subitement sans qu'il y ait eu d'histoire clinique, ici il s'agit, au contraire, de

malades qui dépérissent, qui se plaignent de fatigue, de malaise général, d'embarras gastrique, d'anorexie souvent absolue, d'amaigrissement. On sent bien que le vieillard est malade, mais l'examen attentif des organes, et en particulier des organes thoraciques, ne dénote rien de précis ; seule une dyspnée assez vive pourrait éveiller l'attention. Il est vrai que la dyspnée, chez le vieillard malade, est un symptôme presque banal relevant souvent d'une affection cardiaque ou rénale et, le plus souvent, ne suffit pas à mettre sur la voie du diagnostic.

La mort survient après quelques jours ou quelques semaines et, ce n'est qu'à l'autopsie qu'on constate les granulations miliaires grises, épisode final terminant une tuberculose, souvent préexistante mais non diagnostiquée.

OBSERVATION IV (Personnelle)

Granulie pleuro-pulmonaire. — Latence relative.

D... Stéphanie, soixante et un ans. Salle 36, lit 50.

Hospitalisée en février 1908 pour rhumatisme chronique déformant ; ce rhumatisme noeux avait débté quelques années auparavant par des crises successives de rhumatisme articulaire aigu.

Premier examen le 20 décembre 1909. Déformation typique des mains, épaississement des plateaux du tibia, crises douloureuses articulaires survenant à intervalles irréguliers.

Cœur normal. Auscultation des poumons négative ; les urines contiennent des traces d'albumine.

L'intra-dermo-réaction à la tuberculine est très positive en janvier 1910 ; refaite en mai, elle est, de nouveau, nettement positive.

La malade, condamnée à une immobilité presque absolue, présente le 1er octobre 1910 des escharres fessières avec incontinence des sphincters. Auscultation négative. Anorexie complète, subdélire, état fuligineux des gencives et des lèvres. Température rectale : 38 degrés, 38°5. Pouls à 110. Diazo-réaction d'Erlich nettement positive. Mort le 9 octobre 1910.

Autopsie le 11 octobre 1910. — Granulie généralisée des deux poumons avec épaississement de la plèvre qui est parsemée des granulations miliaires. Cicatrices pleurales et petits tubercules durs, noirâtres, au sommet. Le foie présente l'aspect typique du foie gras. Rate volumineuse, cœur assez petit, valvules saines. Noyau d'athérome végétant au niveau de la crosse de l'aorte. Reins petits, scléreux, capsules surrénales putréfiées et non examinées.

OBSERVATION V (Personnelle)

Granulie pleuro-pulmonaire. — Latence relative. — Péricardite tuberculeuse. — Tuberculose ancienne du sommet droit.

G... Victorine, soixante-huit ans. Salle 36, lit 60. Hospitalisée en juin 1907 pour fracture ancienne du bassin. Pas d'antécédents pathologiques.

Premier examen le 13 janvier 1910. A l'auscultation, pas

de signes de lésions pulmonaires. Cœur normal. Constipation, douleurs très vives irradiées à tout le bassin et à la région abdominale antérieure. Utérus et annexes normaux. Les urines contiennent de l'albumine.

5 octobre 1910. — Dyspnée très vive, malaise général, anorexie, escharres sacrées. Température : 39 degrés, pouls à 100. Auscultation des poumons négative, pas de symptômes méningés, pas d'hypertrophie de la rate.

Mort le 4 novembre 1910.

Autopsie le 6 novembre 1910. — Le péricarde renferme une assez grande quantité de liquide citrin : épaississement du feuillet externe du péricarde qui mesure 3 à 4 millimètres d'épaisseur et dont la surface est parsemée de fines granulations translucides, épaississement du feuillet viscéral avec placards fibrineux et granulations. Cœur normal, aorte légèrement athéromateuse. Le poumon droit présente des lésions anciennes de tuberculose, tubercules crétacés du sommet, adhérences pleurales, épaississement de la plèvre. Semis de granulations miliaires au niveau de la surface des deux poumons. Pas de lésions du péritoine. Foie gras. Reins scléreux, se décortiquant bien. Capsules surrénales normales. Estomac, pancréas, duodénum normaux.

C) *Tuberculose pulmonaire granulique à forme de maladie infectieuse aiguë*

Jusqu'à présent nous avons vu la granulie évoluer d'une façon latente ou ne donner qu'un minimum de symptômes ne permettant pas au médecin

de penser à une affection tuberculeuse aiguë ; la granulie est dans ce cas un diagnostic d'amphithéâtre.

Mais quelquefois le cas est tout différent. La maladie débute brusquement chez un sujet âgé, indemne en apparence de tuberculose jusqu'à ce jour ou chez qui une tuberculose, ancienne, diagnostiquée, paraissait sommeiller et évoluer avec une grande lenteur. Quel que soit son début la maladie évolue d'une façon rapide et présente toutes les allures d'une infection aiguë.

Les symptômes observés peuvent prédominer vers d'autres appareils que les voies respiratoires, il existe de la fièvre, le plus souvent à type continu et très élevé (la température oscille entre 39 et 40 degrés), le pouls est rapide. Il y a des symptômes indiquant des troubles du côté de l'appareil digestif, langue sale, anorexie, quelquefois des vomissements, souvent une diarrhée plus ou moins profuse : la rate est augmentée de volume. Très souvent on constate une réaction nerveuse accentuée, nous avons même observé des phénomènes méningés des plus nets, raideur de la nuque, constipation, signe de Kernig.

L'évolution se fait en général rapidement : dans l'observation que nous relatons, comme la plus typique, la maladie a duré deux semaines.

La mort survient dans le coma, à l'autopsie on découvre de la granulie.

OBSERVATION VI (Personnelle)

Granulie pleuro-pulmonaire. — Granulie méningée

M... Amédée, soixante ans, salle 2, lit 79.

Hospitalisé en mars 1908 pour ulcères variqueux.

Pas d'antécédents héréditaires.

État général satisfaisant lui permettant de remplir les fonctions d'infirmier.

20 décembre 1909. — Après une courte phase prodromique pendant laquelle le malade a présenté de la fatigue et un état de dépression marquée, on constate une violente céphalée avec forte élévation de température (40 degrés). Vomissements bilieux. Pouls rapide à 120 degrés. L'auscultation du poumon révèle de la matité au niveau du sommet droit, en arrière, avec inspiration rude, quelques craquements et expiration soufflante. Cœur normal. Constipation opiniâtre. Raideur de la nuque et du dos. Ébauche de Kernig. Exagération des réflexes rotuliens.

Signe de Babinski très net des deux côtés. Pas de raie méningitique, pas de trismus, la rate n'est pas perceptible. Les urines, diminuées de quantité (300 gr. dans les vingt-quatre heures) contiennent de l'albumine. Une ponction lombaire donne issue à une petite quantité de liquide céphalo-rachidien, clair, l'examen microscopique n'y révèle rien de particulier. Le diagnostic porté est celui de méningite chez un bacillaire.

24 décembre. — Aspect soudé du malade. Les vomissements ont cessé. Température 39°5. Pouls à 100. Pas de foyer pulmonaire.

29 décembre. — La raideur du dos est moins accusée, on parvient à faire asseoir le malade. Pouls faible, incomptable. Bruits du cœur, sourds, voilés. Pas de vomissements. Réflexes rotuliens abolis. Hoquet, subdélire.

Mort le 2 janvier 1911.

4 janvier 1911. — *Autopsie.* — Granulie pleuro-pulmonaire avec tuberculose fibro-caséeuse du sommet droit. Cœur petit et mou. Les reins présentent des lésions très nettes de néphrite avec liséré blanchâtre au niveau de la substance corticale. Foie gras. Hyperhémie cérébrale, abondance de liquide céphalo-rachidien. Granulations miliaires au niveau des artères de la base et à la surface des méninges intra-rachidiennes.

2° Tuberculose aiguë a forme broncho-pneumonique

Les signes physiques peuvent souvent être nettement déterminés et dans ce cas on voit la maladie évoluer comme une broncho-pneumonie ou même comme une pneumonie à laquelle le malade finit par succomber.

Cette tuberculose à forme pneumonique ne diffère des infections pulmonaires à pneumocoques, d'évolution souvent si torpide chez le vieillard, que par un petit nombre de signes dont aucun n'a de caractère pathognomonique. Le frisson initial, le point de côté, la marche cyclique peuvent manquer, mais nous savons combien ces signes sont inconstants dans les

pneumococcies pulmonaires du vieillard. Les signes physiques, par eux-mêmes, matité, râles, souffle tubaire, ne permettent pas un diagnostic précis, seuls les caractères de l'expectoration, crachats non rouillés mais plutôt purulents et la recherche du bacille de Koch, assez souvent positive, peuvent, dans un certain nombre de cas, éclairer le diagnostic que vient encore confirmer la notion d'une tuberculose préexistante.

Les principaux symptômes généraux sont la dyspnée, l'affaiblissement des forces, l'anorexie, l'amaigrissement, la fièvre. Ce sont là les signes de l'imprégnation tuberculeuse, mais ils atteignent ici une précocité et une intensité qui caractérisent la marche rapide de la maladie.

A l'autopsie, on retrouve les lésions pulmonaires que l'on avait diagnostiquées et qui revêtent un type anatomique plus ou moins proche de la pneumonie caséeuse. La lésion est constituée par un bloc d'hépatisation, de consistance molle, d'aspect caséeux, traversé par des stries plus foncées. Cette lésion, presque toujours unilatérale, siège de préférence dans les lobes inférieurs du poumon, les parties saines intercalaires restent normales ou sont simplement congestionnées.

En outre, il est très fréquent de voir concurremment une granulie terminale caractérisée par la présence de granulations miliaires localisées aux poumons et à la plèvre ou généralisées à tous les organes.

OBSERVATION VII (Personnelle)

Broncho-pneumonie caséeuse

D... Marie, soixante-dix-huit ans. Salle 34, lit 28.

Hospitalisée en janvier 1910 pour sénilité.

La malade, dont l'état général est très satisfaisant, présente le 12 février 1910 de l'embarras gastrique avec forte élévation de température et malaise général. Ce malaise dure quatre jours, l'auscultation des poumons est négative.

14 janvier 1911. — Excitation cérébrale marquée, subdélire, élévation de température (38°8). Râles sous-crépitants dans toute l'étendue des deux poumons en arrière avec sibilances en avant.

18 janvier. — Submatité avec souffle tubaire et râles sous-crépitants au niveau de l'épine de l'omoplate à droite, adynamie complète, langue rôtie, bruits du cœur sourds, pouls à 80. 40 mouvements respiratoires à la minute.

Dyspnée progressive et mort le 22 janvier.

24 janvier 1910. — *Autopsie.* — Enorme bloc de pneumonie occupant les deux tiers supérieurs du poumon droit, à ce niveau le tissu pulmonaire est induré, de couleur blanc-jaunâtre avec stries noirâtres et présente l'aspect classique du fromage de roquefort. La pression ne fait pas sourdre de pus au sommet quelques tubercules fibreux : vieux tubercules durs, crétacés au niveau du sommet gauche avec emphysème du bord antérieur et congestion de la base.

Athérome aortique et coronarite. Le foie gauche présente un lobe flottant. Reins volumineux, scléreux, se décorti-

quant bien, capsules surrénales normales. Rate infectieuse avec périsplénite.

OBSERVATION VII (Personnelle)

Broncho-pneumonie caséeuse

A... Adeline, soixante-treize ans. Salle 33. Lit 22.

Entrée en 1904 pour sénilité et cécité complète.

La malade, complètement sourde, ne donne, lors du premier examen, le 1er novembre 1909, aucun renseignement précis sur le début de son affection oculaire.

Cachexie marquée avec tremblement sénile, matité au niveau du sommet gauche, en arrière avec craquements secs, submatité au niveau du sommet droit avec inspiration rude. Cœur normal, artères dures.

En juin 1910, même état ; la malade a de fréquents accès de toux mais ne crache pas.

Deux intra-dermo-réactions à la tuberculine pratiquées, la première en janvier, la seconde en juin 1910, sont nettement positives.

Du mois de juin au mois de décembre 1910 la malade se plaint à une ou deux reprises d'un point douloureux sous le sein droit. Température subfébrile, cachexie progressive, les urines contiennent de grandes quantités d'albumine.

28 janvier 1911. — Violente dyspnée sans point de côté net. Prostration, langue saburrale et rôtie, pouls petit, incomptable. Température 39°6. Submatité au niveau du poumon droit.

A l'auscultation, diminution du murmure vésiculaire à ce niveau, râles sous-crépitants, pas de souffle. Pas de pectoriloquie aphone, pas d'égophonie. A gauche, râles ronflants, disséminés. Tachyarythmie sans souffle valvulaire. Subdélire.

29 janvier. — Etat stationnaire. Les signes de congestion persistent à droite. Bruits du cœur sourds, pouls incomptable

Température matin 39°5, soir 39°2.

Traitement. — Injections d'huile camphrée à 20 o/o, 2 et 4 grammes par jour, digitaline cristallisée à doses fractionnées. Morphine, éther.

La maladie évolue rapidement. Ataxo-adynamie complète. Relâchement des sphincters, dyspnée progressive et mort le 3 février 1911.

5 février. — *Autopsie.* —Les deux tiers supérieurs du poumon droit présentent un bloc de broncho-pneumonie caséeuse, à la partie tout à fait supérieure il existe deux à trois tubercules jaunâtres dont un est ramolli. Petits tubercules en voie de caséification au niveau du sommet gauche avec emphysème des bords et congestion de la base. Cœur volumineux, hypertrophie du ventricule gauche. Reins petits, scléreux, capsules surrénales normales.

OBSERVATION IX (Personnelle)

Broncho-pneumonie caséeuse de la base gauche. — Tuberculose pulmonaire du sommet. — Péricardite. — Tubercule du rein droit. — Hémoptysie.

H... Jules, soixante-six ans. Salle 4, lit 40.

Hospitalisé en janvier 1906, pour sénilité et misère physiologique.

Lors du premier examen en mai 1909 nous notons de la submatité au sommet gauche avec craquements fins. Cœur hypertrophié avec souffle au second temps au foyer aortique.

La pression à la radiale est de 19 centim. 1/2. Radiales très dures. Les urines contiennent de l'albumine : les autres appareils sont normaux.

L'intra-dermo-réaction à la tuberculine est positive, en janvier 1910.

Le 14 avril 1910 hémoptysie assez abondante qui dure 24 heures. A ce moment on note à l'auscultation des râles humides aux deux sommets, en arrière, avec foyer de râles sous-crépitants à la base droite. Pas de souffle. Bruits du cœur bien frappés, foie normal, rate normale. Température 38°6.

Incontinence des sphincters. Les crachats muco-purulents contiennent des bacilles de Koch.

Le 1er mai persistance des signes d'auscultation. Dyspnée très vive. Température 38 degrés. Langue rôtie. Pouls bien frappé, pas d'œdèmes.

15 mai. — Prostration presque absolue, cachexie extrême. Température 39°4.

Mort le 31 mai 1910.

2 juin. — *Autopsie.* — Pneumonie caséeuse de la base droite avec tuberculose en évolution au sommet. Gros ramollissement du sommet gauche.

Ganglions du hile en voie de caséification. Petit tubercule dur, blanc jaunâtre au niveau de la corticalité du rein droit.

En ouvrant le péricarde il s'écoule une assez grande quantité de liquide citrin. Lésions de péricardite au niveau des deux bords et de la face postérieure (aspect de la tartine de

beurre), athérome aortique, caronarite, bandes de sclérose au niveau des sigmoïdes aortiques.

OBSERVATION X (Personnelle)

Broncho-pneumonie caséeuse gauche à forme ataxo-adynamique avec granulie pleuro-pulmonaire.

S..., Amélie, soixante-cinq ans. Salle 36. Lit 46.

Hospitalisée en avril 1909 pour cachexie néoplasique (néoplasme de l'utérus). A son examen à l'entrée : râles sibilants disséminés dans les deux poumons, cœur normal. Anorexie et troubles gastriques dus vraisemblablement à une morphinisation progressive.

L'intra-dermo-réaction à la tuberculine est négative en janvier 1910.

12 mai 1910. — Forte élévation de température (40°). Dyspnée. Langue rôtie. A l'auscultation, foyer de râles sous-crépitants à la partie moyenne dn poumon gauche, souffle tubaire. Pouls petit, subdélire, adynamie complète. Relâchement des sphincters.

18 mai. — Même état général. Température 38°6. Diarrhée séreuse abondante.

Mort le 20 mai 1910.

22 mai 1910. — *Autopsie.* — Infiltration tuberculeuse en activité du poumon gauche, avec, à la partie moyenne, masses caséeuses en voie de ramollissement. Granulations miliaires dans toute la hauteur du même poumon, granulations pleurales. Emphysème du sommet et du bord antérieur du poumon droit. Atrophie de la substance corti-

cale des deux reins. Athérome aortique. Cœur normal. Cancer végétant du corps et du col de l'utérus. Pas de ganglions cancéreux à la région lombaire.

OBSERVATION XI (Personnelle)

Broncho-pneumonie caséeuse. — Granulie.

D... Antoine, soixante-dix ans. Salle 2. Lit 15.

Hospitalisé à Nanterre en 1908 pour sénilité.

Pas d'antécédents pathologiques.

L'intra-dermo-réaction à la tuberculine est douteuse en janvier 1910.

Premier examen le 10 mars 1910. Matité au niveau des fosses sus-épineuses avec retentissement de la toux, exagération des vibrations et craquements secs. Cœur normal. Intra dermo-réaction à la tuberculine positive en octobre 1910.

Le 3 janvier 1911 dyspnée avec violent point de côté à droite, expectoration muco-purulente. Fosses sus-épineuses submates à la percussion, à l'auscultation obscurité du murmure vésiculaire aux deux sommets. A la partie moyenne du poumon droit, zone de matité avec craquements humides et souffle tubaire, quelques sifflements en avant. Bruits du cœur sourds, voilés, pouls rapide, langue saburrale, température 39°4. L'examen des crachats révèle la présence de nombreux bacilles de Koch, les urines contiennent de l'albumine.

Le 15, même signes d'auscultation.

La dyspnée a augmenté.

Température : matin 37°6, soir 39°4.

Bruits du cœur toujours sourds. Pas d'œdème.

Le 25 on constate à l'auscultation l'hépatisation de toute la base du poumon droit. Subdélire. Cachexie. Relâchement des sphincters. Escharre sacrée.

Le 30, légère raideur de la colonne vertébrale. Température, matin 37°4, soir 39°2.

Pouls à 100. Pression à la radiale 12 cm. 1/2.

Mort le 2 février 1911.

4 février. — *Autopsie*. La partie moyenne du poumon droit présente un aspect jaunâtre, friable, avec de nombreuses stries foncées. La plèvre est très épaïssie à ce niveau et recouverte d'un exsudat fibrineux avec quelques granulations grises. Petite caverne du volume d'une noix au sommet droit. Au sommet gauche petit tubercule crétacé. Les reins ne présentent pas de lésions macroscopiques, les capsules surrénales sont en décomposition. Cœur normal sauf une hypertrophie assez marquée du ventricule gauche et de la coronarite.

3° Phtisie galopante classique

A côté de la phtisie miliaire aiguë, que nous venons de passer en revue dans ses différentes formes, et de la broncho-pneumonie caséeuse, il existe encore, chez le vieillard, une autre variété de tuberculose dans laquelle la maladie évolue avec une très grande rapidité et arrive en quelques mois à produire des ulcérations et des cavernes que nous verrons dans les formes chroniques, mettre plusieurs années à s'établir.

Cette forme de tuberculose, de tous points semblable à la phtisie galopante de l'adulte, est caractérisée par une cachexie rapide survenant sans cause apparente. Les signes physiques sont assez nets mais ne rendent pas toujours un compte exact des lésions pulmonaires sous-jacentes. Il existe des sueurs, une température assez élevée, des crachats muco-purulents dans lesquels on trouve souvent des bacilles de Koch : l'anorexie est en général, absolue, la dyspnée très vive. La mort survient au bout d'un temps assez court, quelques semaines à deux ou trois mois en moyenne, en adynamie complète. A l'autopsie on trouve des lésions tuberculeuses en activité, des cavernes entourées d'une zone de broncho-pneumonie.

OBSERVATION XII (Personnelle)

Tuberculose en évolution à marche rapide.
Granulie terminale.

S... Jean, soixante ans. Salle 6. Lit 34.

Hospitalisé en janvier 1910 pour misère physiologique. Dans les antécédents personnels du malade on note plusieurs hémoptysies datant de dix ans.

Le 24 octobre 1909 dyspnée, élévation de température (38 5). Matité au niveau du sommet droit, en arrière, respiration soufflante, gargouillements. Submatité du sommet gauche avec respiration rude, râles de bronchite disséminés aux deux bases.

2 novembre. — Les bruits du cœur sont sourds, le pouls rapide. Température 37°9.

20 novembre. — Émaciation musculaire diarrhée profuse.

20 décembre. — Subdélire. Tachy-arythmie. Pas d'œdème.

Mort le 20 décembre 1909.

Autopsie le 22 décembre. Cavernes pulmonaires aux deux sommets avec semis de granulations miliaires à la partie moyenne du poumon droit. Congestion du lobe inférieur droit. Cœur normal. Foie gras. Reins petits, scléreux, se décortiquant mal, ne présentant pas les réactions de la dégénérescence amyloïde. Capsules surrénales putréfiées. Estomac, pancréas, duodénum, normaux.

OBSERVATION XIII (Personnelle)

Phtisie galopante.

B... Nicolas, soixante-dix ans. Salle 6, lit 22.

Entré en 1907 pour sénilité simple.

Pas d'antécédents pathologiques. Au premier examen, le 10 novembre 1910, on note de la submatité du sommet droit sans modification des bruits respiratoires.

Pas d'expectoration, pas d'hémoptysie. Les autres appareils sont normaux.

7 décembre 1910. — Matité absolue au niveau des deux sommets en arrière avec exagération des vibrations et craquements humides. Myoïœdème très net, état cachectique très prononcé. Cœur normal. Température à grandes oscillations à type hectique. La pression à la radiale est de 13 centimètres. Les crachats contiennent de nombreux bacilles de Koch.

10 décembre. — Anorexie absolue, escharre sacrée. Relâchement des sphincters. Délire.

Mort le 12 décembre 1910.

14 décembre. — *Autopsie*. — Tuberculose infiltrée en évolution (forme fibro-caséeuse commune) avec maximum au sommet du poumon gauche qui présente plusieurs petites cavernes du volume d'une noix. Lésions plus discrètes du sommet droit. Adhérences pleurales. Athérome des valvules aortiques. Plaque d'athérome végétant au niveau de l'origine de la carotide gauche, le reste de l'aorte est souple. Foie petit, congestionné. Reins scléreux, capsules surrénales normales. Estomac, pancréas, duodénum, normaux.

4° Pleurésie tuberculeuse a évolution rapide

La tuberculose du vieillard se présente, souvent, avec les apparences cliniques d'une pleurésie. Ces pleurésies, plus fréquentes qu'on ne le croit, puisque dans l'espace d'un an, nous avons pu en observer 30 cas, sont, très souvent, de nature tuberculeuse, comme le démontrent l'auscultation, les examens de laboratoire et surtout l'autopsie.

Sans parler ici des formes absolument latentes où le liquide épanché dans les plèvres ne se révèle par aucun signe stéthoscopique et constitue, après mort subite, une véritable trouvaille d'autopsie, nous avons pu à différentes reprises diagnostiquer l'épanchement.

Ces pleurésies tuberculeuses du vieillard évoluent,

comme la tuberculose elle-même, tantôt d'une façon aiguë, tantôt au contraire d'une façon lente et chronique : c'est ce qui nous fait rattacher à l'étude des formes aiguës de la tuberculose l'étude de la pleurésie à marche rapide.

Nous ferons rentrer dans ces formes aiguës un cas de pleurésie purulente à évolution presque latente que nous avons observé chez un vieillard tuberculeux et plusieurs cas de pleurésie séro-fibrineuse à pronostic brièvement fatal.

Le malade, dans ce dernier cas, se présente avec les signes d'un épanchement abondant qui se reproduit rapidement après les thoracentèses, s'accompagne de fièvre et de cachexie progressive. Souvent l'état du malade se complique du fait des phénomènes de dilatation cardiaque et d'accidents méningés. L'évolution totale de la maladie ne dure que quelques semaines. A l'autopsie entre un épanchement séreux plus ou moins considérable, on trouve un épaississement des feuillets de la plèvre, une véritable infiltration granulique pleuro-pulmonaire ou péritonéale, avec aux sommets des lésions de tuberculose ancienne ou même en activité.

OBSERVATION XIV (Personnelle)

Pleurésie purulente. — Hémoptysie. — Mal perforant

B... Charles, soixante-dix ans. Salle 4, lit 43.

Entré à la maison en février 1910. Pas d'antécédents pathologiques.

Au premier examen, le 9 mars 1910, on trouve de la matité, en arrière, aux deux sommets. A l'auscultation inspiration rude à droite avec craquements secs, gros râles humides à gauche. Relâchement partiel des sphincters avec diarrhée intermittente. Le malade présente en outre, au niveau de la première phalange du gros orteil gauche, trois petites fistules. Ces fistules, constituées par des érosions à contours noirâtres et déchiquetés, donnent issue à un pus fétide. La région est douloureuse, les battements de la pédieuse ne sont pas perçus. Réflexes rotuliens conservés, réflexes oculaires normaux. Température 36°8. L'examen des crachats révèle la présence de nombreux bacilles de Koch.

14 mars. — Dyspnée violente avec zone de râles sous-crépitants à la partie moyenne du poumon droit, souffle tubaire. Bruits du cœur bien frappés. Les urines contiennent de l'albumine. Température 39°6.

17 mars. — Hémorragie anale assez abondante (500 gr. de sang environ). Pas d'hémorroïdes, le toucher rectal est négatif. Début d'escharre sacrée. Pouls mou, dépressible, bruits du cœur sourds, température 38°6.

21 mars. — Nouvelle hémorragie anale. La pression à la radiale est de 16 centimètres, température matin : 38°4 ; soir 38 degrés.

23 mars. — L'hémorragie est arrêtée. Anémie marquée, muqueuses exsangues, température matin : 38°4 ; soir 38°8.

15 avril. — Melœna et hémoptysie. Les ulcérations du gros orteil gauche sont en voie d'amélioration. Escharre complètement cicatrisée.

L'intra-dermo-réaction à la tuberculine est positive au mois de mai 1910.

18 juin 1910. — Examen du sang :

Globules rouges	1.150.000
Hémoglobine	0,35 o/o
Valeur globulaire	1,52
Globules blancs	10,800

Pas de déformations globulaires, pas de globules rouges nucléés. La coagulation commence très rapidement, au bout de deux heures le caillot ne s'est pas rétracté.

11 juin 1910. — Nouvel examen de sang :

Globules rouges	2.040.000
Globules blancs	12,800
Valeur globulaire	1
Hémoglobine	40 o/o

Le pourcentage des globules blancs donne :

Polynucléaires	43
Lymphocytes	39
Grands et moyens mononucléaires	17
Eosinophiles	0,5 o/o

25 juin. — Cachexie complète. Subdélire. Pouls incomptable. Myoïcœdème.

Mort le 3 juillet 1910.

5 juillet. — *Autopsie.* — Pleurésie purulente droite. Le poumon petit, ratatiné, est plaqué contre la colonne vertébrale, à la partie inférieure pus crémeux (1/2 litre environ) contenu dans une coque épaisse, tomenteuse. Tubercules crétacés du sommet gauche. Poumon gauche congestionné.

Foie gras. Reins petits, scléreux, le rein droit présente un kyste séreux à son pôle supérieur. Etat congestif marqué

de l'intestin grêle, suffusions sanguines sous-muqueuses. Cœur petit, valvules saines. Coronaires dures, athéromateuses, imperméables.

OBSERVATION XV (Personnelle)

Pleurésie tuberculeuse. — Tuberculose pulmonaire Péricardite suppurée

J. L... (palefrenier), soixante-deux ans, salle 2, lit 14.

Hospitalisé en août 1905 pour fracture ancienne de la jambe droite (1/3 moyen) mal consolidée. Au premier examen, le 10 août, nous notons à l'auscultation des signes de bronchite diffuse. Eclat tympanique du deuxième bruit aortique. Les urines contiennent de l'albumine.

17 janvier 1911. — Dyspnée subite avec œdème généralisé. Matité de la base gauche remontant jusqu'à l'épine de l'omoplate.

Abolition des vibrations, égophonie, pectoriloquie aphone, souffle pleurétique.

A droite matité remontant également jusqu'à l'épine de l'omoplate, abolition des vibrations, pas de souffle. En avant, respiration normale avec quelques sibilances. Retentissement du second bruit aortique. La pression à la radiale est de 16 centimètres. Œdème peu marqué des membres inférieurs, très net au niveau de la paroi abdominale et aux membres supérieurs, surtout à l'avant-bras et à la main. Une ponction exploratrice donne issue à un liquide hémorragique à droite, séreux et citrin à gauche : la formule cytologique est nettement lymphocytaire.

L'intra-dermo-réaction à la tuberculine faite le 17 janvier est positive le 19.

20 janvier. — Diminution des œdèmes sous l'influence de la réduction des liquides. A droite on entend la respiration presque dans toute la hauteur du poumon ; à gauche la matité occupe une hauteur de 10 centimètres environ : le souffle et l'égophonie persistent à ce niveau. Les crachats ne contiennent pas de bacilles de Koch.

23 janvier. — Disparition presque complète de l'œdème de la paroi thoracique et des membres inférieurs : la respiration s'entend dans toute la hauteur des deux poumons.

27 janvier. — Submatité dans la fosse sus-épineuse gauche avec respiration soufflante et obscurité du murmure vésiculaire.

3 février. — Poussée fébrile (39°5), cachexie myoiœdème. Obscurité du murmure aux deux sommets. Relâchement des sphincters.

6 février. — Congestion de la base droite, matité, obscurité du murmure vésiculaire.

Température matin : 39 degrés ; soir : 39°5.

Ponction exploratrice, négative.

Mort le 8 février 1910. Autopsie le 10. Épaississement de la plèvre à la base droite, adhérences à la paroi thoracique, placards fibrineux, granulations miliaires sur la plèvre viscérale. Au sommet droit, petites cavernules. Congestion de la base. Tubercules crétacés anciens du sommet gauche, la plèvre moins épaisse qu'à droite présente également à sa partie interne des granulations grises. Emphysème du lobe antérieur, congestion de la base. Foie cirrhotique. A l'ouverture du péricarde, petite quantité de liquide puru

lent,la surface interne est dépolie (aspect en langue de chat). Hypertrophie du ventricule gauche. Coronarite très accusée.

(Le cobaye injecté avec le liquide de la ponction exploratrice du 17 janvier fut nettement tuberculisé en vingt-cinq jours : le liquide pleural ensemencé sur milieu de Welter donna une culture pure de bacille de Koch).

CHAPITRE IV

FORMES CHRONIQUES DE LA TUBERCULOSE PULMONAIRE DES VIEILLARDS

Parmi les vieillards tuberculeux chroniques qui remplissent les salles des asiles, on trouve beaucoup de sujets qui traînent une affection bacillaire depuis de longues années, souvent même depuis l'enfance. A côté d'eux, nombre de sujets soignés depuis fort longtemps pour des bronchites répétées, ou un catarrhe chronique des bronches, ne sont également que de très anciens tuberculeux. Mais, d'autre part, il existe un grand nombre de malades n'ayant jamais présenté, auparavant, aucune affection des voies respiratoires et dont la tuberculose ne s'est déclarée qu'à un âge très avancé.

Quelle que soit sa date de début la tuberculose pulmonaire, chez les vieillards, est surtout remarquable par son allure lente et insidieuse : la plupart des malades présentent plutôt l'aspect de bronchitiques emphysémateux ou d'artério-scléreux que celui de tuberculeux.

La fièvre n'existe pas toujours dans les formes chroniques et de toutes façons le thermomètre monte

rarement à un degré élevé. La toux n'est pas constante, elle manque parfois ; il en est de même de l'expectoration, les vieillards déglutissent souvent leurs crachats.

L'examen bactériologique des crachats révèle la présence de bacille de Koch dans un très grand nombre de cas, mais souvent cette recherche du bacille est très laborieuse et ce n'est qu'après avoir fait un grand nombre de préparations qu'on arrive à trouver de rares bacilles: les examens bactériologiques sont souvent négatifs et on trouve cependant à l'autopsie des lésions évidentes de tuberculose en activité.

La plupart des auteurs signalent la rareté de l'hémoptysie, nous ne partageons pas leur opinion ; nous avons souvent observé des crachements de sang abondants, mais cette forme hémoptoïque que nous trouvons constituer une variété spéciale dans l'article de Barié ne nous a pas semblé avoir une autonomie propre.

Ces hémoptysies s'observent aussi bien dans les formes aiguës que chroniques, comme le montrent quelques-unes de nos observations, nous croyons devoir insister, cependant, sur la fréquence de ces hémoptysies dans la phtisie sénile.

La dyspnée est, en général, moins accusée que chez les sujets jeunes, à part cependant les cas où la tuberculose coïncide avec l'emphysème ou la sclérose du poumon.

Les troubles digestifs sont fréquents, la diarrhée

est souvent notée, l'anorexie est quelquefois absolue. Les troubles généraux sont plus rares, les sueurs existent rarement, l'amaigrissement est plus fréquent, mais cette émaciation n'attire pas spécialement l'attention chez des sujets déjà notablement amaigris en dehors de toute tuberculose.

La plupart du temps les vieillards tuberculeux sont alités, apyrétiques ou peu fébricitants, n'expectorant pas, en proie à une gêne respiratoire modérée et la maladie reste à peu près latente jusqu'à la fin.

Chez un grand nombre de tuberculeux, en même temps bronchitiques et emphysémateux, les signes propres de la tuberculose sont masqués par les signes de bronchite chronique, respiration rude, sibilances ; chez d'autres, au contraire, on peut retrouver à l'auscultation les signes stéthoscopiques habituels de la tuberculose pulmonaire.

Au point de vue clinique nous pouvons considérer plusieurs formes distinctes :

1° Une forme latente ;
2° Une forme floride ;
3° Une forme ulcéreuse chronique ;
4° Une forme bronchitique ;
5° Une forme cardiaque ;
6° Une forme pleurétique à évolution lente.

Forme latente

La maladie évolue dans ces cas comme une cachexie sénile simple et on ne trouve, à aucun

moment, à l'auscultation, de signes pulmonaires nets. Ces tuberculeux séniles s'éteignent doucement dans leur lit alors que,encore bien portants la veille, rien ne faisait prévoir une terminaison aussi proche. Ces malades rentraient, pour le médecin, dans la catégorie des cachectiques séniles si nombreux dans les hôpitaux ou hospices et ce n'est qu'à l'autopsie qu'on constate une tuberculose en activité. Il semblerait, au premier abord, que dans ces cas la maladie entraînant des lésions étendues du parenchyme pulmonaire aurait dû être d'un diagnostic facile du vivant du malade : mais s'il en est ainsi chez l'adulte, il n'en est plus de même dans la tuberculose sénile. La réaction générale de l'organisme est moindre chez les vieillards que chez les autres sujets, comme l'a dit Stahelin dans un article documenté, et le diagnostic est encore rendu difficile par ce fait que les résultats de la percussion sont moins nets chez les vieillards. Les signes donnés par l'auscultation sont peu marqués : c'est à peine si le murmure vésiculaire est modifié au niveau des parties malades du poumon et cet état de choses résulte de l'emphysème concomitant et du peu d'expansion de la cavité thoracique pendant les mouvements respiratoires.

OBSERVATION XVI (Personnelle)

Tuberculose en évolution. — Cause de mort.
Caverne du sommet droit. — Latence.

R... Louis, soixante-treize ans. Salle 6, lit 2. Hospitalisé en 1905 pour sénilité. Dans les antécédents personnels on relève une congestion pulmonaire gauche. Ethylisme avoué, cauchemars, tremblement des mains.

Au premier examen, en janvier 1900, la sonorité pulmonaire est normale. A l'auscultation, la poitrine est encombrée de râles sibilants sans localisation aux sommets. La matité cardiaque est difficile à délimiter, cœur normal, radiale athéromateuse. Le 5 avril légère dyspnée sans signes cliniques, ni élévation de température, cachexie progressive et mort le 13 avril 1910.

Autopsie le 15. Caverne unique du sommet droit, adhérences pleurales : au sommet gauche tubercules crus. Cœur gros, graisseux, aorte athéromateuse, plaques athéromateuses sur la valve mitro-aortique. Reins gros, rouges, congestionnés, polykystiques. Estomac petit avec suffusions sanguines. Foie congestionné. Rate diffluente, pas de périsplénite.

Forme floride

La tuberculose sénile est souvent une maladie rapidement cachectisante, mais nous avons observé parmi les vieillards que nous examinions des sujets

à aspect général floride et chez qui l'auscultation révélait une atteinte, quelquefois même une fonte du parenchyme pulmonaire.

Ce sont surtout ces malades qui sont les plus dangereux au point de vue dissémination des germes car leur état extérieur ferait éliminer à un observateur superficiel le diagnostic de tuberculose en évolution.

Les signes généraux sont souvent absents, le vieillard est considéré comme un sujet bien portant et cette forme évolue avec une remarquable lenteur.

OBSERVATION XVII (Personnelle)

Tuberculose floride

D... Marguerite, soixante-sept ans. Salle 38, lit 40.

Hospitalisée à Nanterre en 1907 pour paralysie du membre inférieur droit d'origine infantile. Dans les antécédents personnels de la malade on relève une bronchite aiguë datant de vingt ans.

En février 1910 on note à l'examen de l'appareil respiratoire une pluie de râles fins dans toute la hauteur des deux poumons, en avant et en arrière. Cœur normal.

L'intra-dermo-réaction à la tuberculine est douteuse au mois de janvier, en mai 1910 elle est nettement positive.

Juin 1910. — Malgré un état général floride, on trouve un sommet droit en arrière de la matité, une respiration soufflante, des gargouillements. Expectoration muqueuse abou-

dante ; le 24 juin 1910, on constate, à l'examen, des crachats la présence de bacilles de Koch.

Les signes d'auscultation ont persisté depuis ce moment sans aggravation nette des lésions et avec un état de santé toujours florissant. En janvier 1911, la malade a fait une courte période d'élévation de température avec râles de bronchite disséminés dans les deux poumons et persistance des signes d'auscultation au sommet droit.

La malade qui pèse actuellement 76 kilos vaque journellement à ses occupations et ne se plaint d'aucun symptôme alarmant.

L'analyse des urines pratiquée en janvier 1911 a donné comme résultat :

Albumine, sucre...	Néant
Chlorure au litre.....	13 gr.
Phosphates (en P^2o^5).....	1 gr.

Forme ulcéreuse classique

La forme ulcéreuse est la reproduction, chez le vieillard, de la phtisie chronique, banale de l'adulte. Les signes physiques sont souvent très nets, ils indiquent la fonte du parenchyne pulmonaire. Le diagnostic peut être facile, la marche de l'affection est plus ou moins lente, traversée par des complications plus ou moins sérieuses.

Ce qui caractérise cette phtisie ulcéreuse sénile c'est qu'elle est rarement une maladie isolée, le plus souvent elle évolue sur un terrain nettement patholo-

gique. Les tuberculeux sont, en outre, des scléreux, des brightiques, des cancéreux ou des nerveux chroniques, tous malades qui forment la majorité de la clientèle des asiles.

L'impotence musculaire, l'asthénie générale constituent des signes précoces ; la fièvre est généralement modérée, la tachycardie est souvent remplacée chez les scléreux par de la bradycardie. L'hypotension habituelle de la bacillose peut ici faire place à de l'hypertension. Chez 36 de nos malades nous avons constaté 22 fois de l'hypertension, 9 fois une pression sensiblement normale et 5 fois seulement de l'hypotension.

L'antagonisme entre la tuberculose et le cancer n'est plus admise aujourd'hui par personne. Le cancer et la tuberculose ne s'excluent pas mutuellement comme on l'a cru longtemps. Les deux affections peuvent coexister et même il a été établi que les deux processus morbides peuvent être liés entre eux l'un se développant sur le terrain préparé par l'autre.

Fisher pense que la cachexie cancéreuse est susceptible de réveiller une tuberculose ancienne, en apparence guérie, au même titre que le fait, par exemple, un traumatisme. Ce réveil de la tuberculose, dont nous avons pu observer un cas typique (obs. XVIII) paraît liée à une diminution de résistance de l'organisme provoquée par la cachexie cancéreuse.

Parmi les vieux tuberculeux choniques qui peuplent les hospices beaucoup sont hospitalisés pour de

vieilles tuberculoses osseuses, et secondairement font une localisation au niveau des poumons.

OBSERVATION XVIII (Personnelle)

Tuberculose pulmonaire ulcéreuse chronique et cancer de l'estomac

Th... Alfred, soixante-treize ans, salle 2. lit 46. Hospitalisé en 1907 pour sénilité. Fracture de côtes datant de douze ans (huitième et neuvième côtes gauches).

Mars 1910. — On constate au sommet droit de la submatité une inspiration rude et quelques craquements. Vomissements survenant quelque temps après le repas, la région de la grande courbure est douloureuse et on perçoit assez nettement, malgré la contracture des grands droits, une tumeur solide occupant la partie moyenne de la grande courbure. Foie non douloureux. Pas de ganglion sus-claviculaire, pas de melœna. Cœur normal.

L'examen du sang donne un total de 2.040.000 globules rouges avec déformations globulaires et inégalité de volume des hématies, 14.800 globules blancs. Equilibre leucocytaire:

Polynucléaires	62
Lymphocytes	8
Grands et moyens mononucléaires	26
Petits mononucléaires	3
Eosinophiles	0,5

Avril 1910. — Le malade présente un état de cachexie

avancée. Au sommet droit on note la persistance des signes d'auscultation. Les vomissements ont cessé.

15 mai. — L'auscultation révèle au niveau du sommet droit des râles humides avec inspiration très rude. Expectoration franchement purulente. Température subfébrile. Myoïcédème net.

Mort le 22 mai 1910.

24 mai. — *Autopsie*. — Ramollissement du sommet droit, tubercules crétacés au niveau de la base gauche. Rate molle. La substance corticale a presque complètement disparu au niveau des reins, aorte très athéromateuse, cœur normal. Au niveau de la grande courbure et s'étendant jusqu'au pylore il existe un gros néoplasme avec noyaux secondaires dans le foie et dans le péritoine.

Forme bronchitique

Cette forme est caractérisée par l'abondance de l'expectoration et les signes cliniques de la bronchite chronique; elle est de plus, souvent associée à l'emphysème. Les phénomènes prédominants sont ceux de la bronchite chronique simple, l'examen dénote des râles sibilants ronflants, une sonorité exagérée, quelquefois une abolition des vibrations thoraciques. Aux bases on trouve de gros râles sous-crépitants qui peuvent également s'entendre dans les fosses sus et sous-épineuses et sous les clavicules. L'examen bactériologique vient, quelquefois, mais pas toujours, fixer le diagnostic. On pense parfois, chez les brigh-

tiques, à une congestion œdémateuse du sommet comme chez la malade qui fait le sujet de notre observation. L'affection, apyrétique ou non, évolue pendant une durée généralement longue et les malades succombent, le plus souvent, à une cachexie progressive.

OBSERVATION XIX (Personnelle)

Tuberculose du sommet gauche. — Tumeur blanche suppurée du genou droit. — Hémoptysie.

C... Marie, soixante-quatorze ans, salle 34. lit 16. Hospitalisée en 1905 pour sénilité et troubles trophiques des membres inférieurs d'origine variqueuse. Hémoptysie en mars 1904.

5 novembre 1910. — La malade, qui avait jusque-là été vue pour des poussées de bronchite sans localisation aux sommets, présente de la matité de la région sus-épineuse gauche avec foyer de râles sous-crépitants à ce niveau, en avant sibilances ; cœur normal, les urines contiennent de l'albumine. Le diagnostic est hésitant entre un foyer de bacillose à droite ou une congestion du sommet chez une œdémateuse.

L'intra-dermo-réaction à la tuberculine est deux fois nettement positive, les crachats contiennent quelques rares bacilles de Koch. La température est subfébrile, 37°8 le soir.

Ces signes d'auscultation persistent constamment dans le courant du mois de décembre et après une cachexie assez rapide la malade meurt le 5 décembre 1910.

7 décembre. — *Autopsie.* — Petit tubercule fibro-caséeux du sommet gauche, emphysème du bord antérieur, congestion de la base. Emphysème de la partie antérieure et supérieure du poumon droit. Aorte souple. Dilatation du ventricule droit. Au niveau du bord libre de la valvule mitrale plusieurs bourgeons charnus, reliquat d'une endocardite ancienne. Reins scléreux kystiques. Rate grosse, périsplénite.

Forme cardiaque

La dilatation du cœur droit a été relevée par plusieurs auteurs comme complication et lésion accessoire de la tuberculose chronique du vieillard.

Dans la phtisie fibreuse accompagnée d'emphysème et de sclérose pulmonaire, le champ de l'hématose étant diminué, la tension augmente dans le domaine de l'artère pulmonaire, les cavités droites se dilatent, la valvule tricuspide devient insuffisante. Cette terminaison par accidents cardiaques, cette forme de la tuberculose simulant l'aboutissant ultime des cardiopathies chroniques est très fréquente chez les gens âgés ; c'est ce qui nous a amené à en faire une forme clinique spéciale de la tuberculose sénile chronique.

Dans cette forme cardiaque nous ferons rentrer non seulement les cas dans lesquels la maladie ayant évolué comme une bronchite chronique, compliquée ou non d'emphysème, se termine par des phénomènes asystoliques qui semblent seuls responsables

de la mort, mais encore les cas, non moins nombreux, où les malades observés sont des artérioscléreux à forte tension chez qui la cachexie tuberculeuse est prise pour une cachexie artério-sclé-reuse.

Dans ces deux cas, bien distincts, la tuberculose soupçonnée, ou au contraire absolument latente, n'évolue pas au premier plan, le malade est avant tout un cardiaque, jusqu'à sa mort il est considéré comme tel : à l'autopsie on trouve une granulie compliquée de pleurésie comme dans l'une de nos observations, ou une tuberculose en évolution, cause de mort.

OBSERVATION XX (Personnelle)

Dilatation cardiaque. — Pleurésie. — granulie pleuro-pulmonaire

D... Adrien, soixante ans. Salle 5. Lit 41.

Entre en mai 1910 pour sénilité ; bronchite chronique et emphysème. Pas d'antécédents pathologiques.

20 novembre 1910. — Dyspnée notable.

Bouffissure très marquée au niveau des paupières, membres inférieurs œdématiés. Bruits du cœur sourds, pouls petit, radiales souples. Foie volumineux, modérément douloureux, dépassant de trois travers de doigts les fausses côtes. A l'auscultation des poumons râles ronflants aux deux bases, obscurité respiratoire et respiration soufflante aux sommets. En percutant les fosses iliaques on

constate une zone de matité dans les parties déclives, température 37°8 le soir. La pression à la radiale est de 24. A la percussion on trouve comme dimensions du cœur 12 centimètres de matité verticale et 17 centimètres de matité transversale. Pas de pouls veineux, pas de dilatation des vaisseaux du cou. Cure de déchloruration, digitale, diurétiques.

15 décembre 1910. — Augmentation de la dyspnée.

La percussion dénote une matité absolue aux deux bases remontant à droite jusqu'à l'épine de l'omoplate et à environ 15 centimètres à gauche. Au niveau de la base droite disparition totale du murmure vésiculaire avec pectoriloquie aphone très nette. A la base gauche les signes d'auscultation sont identiques ; on constate de plus, à la limite de la matité, de nombreux râles sous crépitants. Température 36°7. Bruits du cœur très sourds, pouls mou, dépressible. Foie très douloureux à la palpation, pouls veineux. Rate pas perceptible. Les membres inférieurs sont très œdématiés. On pratique une ponction évacuatrice de 1 l. 600 à droite. Les jours suivants état stationnaire.

Mort le 3 janvier 1911 en pleine asystolie.

Autopsie le 5 janvier. — A l'ouverture de la cage thoracique on trouve un peu de liquide hémorragique à gauche, à droite il existe une petite quantité de liquide citrin. Tubercule crétacé au sommet gauche avec semis de granulations grises au niveau de la surface du poumon et de la plèvre, athérome aortique, cœur très volumineux avec hypertrophie du ventricule gauche et dilatation des cavités droites. Rate normale. Foie dur, petit, présentant l'aspect du foie cirrhotique. Reins scléreux.

OBSERVATION XXI (Personnelle).

Tuberculose pulmonaire en activité.
Dilatation cardiaque.

P. Claude, soixante-douze ans. Salle 6, lit 24. Entré en février 1908 pour sénilité, bronchite chronique et emphysème. Pas d'antécédents pathologiques.

Au premier examen, le 15 décembre 1910, dyspnée, obscurité respiratoire aux deux sommets, inspiration humée, expiration prolongée, râles sibilants dans toute la hauteur des deux poumons. Expectoration spumeuse abondante. Bruits du cœur sourds, pouls rapide, dépressible. Température 38°2. Les urines contiennent de l'albumine.

L'intra-dermo-réaction à la tuberculine est positive en janvier 1910.

Le 15 février, augmentation de la dyspnée, l'auscultation attentive des sommets révèle toujours de l'obscurité de la respiration sans signes nets de bacillose, les deux poumons sont encombrés de râles sibilants et ronflants. Bruits du cœur sourds, la pointe bat dans le sixième espace. Pas de pouls veineux, pas de battements des vaisseaux du cou. Facies cyanotique. Le foie n'est pas perçu à la palpation. La pression à la radiale est de 14, pouls rapide. Pas d'œdème des membres inférieurs, pas d'ascite. Les urines contiennent de l'albumine.

La diurèse diminue peu à peu malgré le traitement l'encombrement pulmonaire augmente. Le malade meurt le 19 février 1910 en asystolie.

Autopsie le 21 février. — Les poumons sont fortement congestionnés aux deux sommets cavernules et nodules tuberculeux durs, du volume d'un pois. Emphysème du sommet et du bord antérieur. Rate petite, sclérosée. Reins scléreux. Le cœur mou, de coloration pâle, présente de la dilatation du ventricule droit, hypertrophie du ventricule gauche. Athérome aortique. Foie gros, congestionné. Estomac, pancréas duodénum normaux.

OBSERVATION XXII (Personnelle).

Tuberculose pulmonaire en activité. — Pas de signes cliniques. — Dyspnée asthmatiforme chez un hypertendu.

B. Jean, cordonnier, soixante-dix-sept ans. Salle 2, lit 11. Hospitalisé en mars 1910 pour sénilité. Pas d'antécédents pathologiques.

Le malade est vu la première fois dans la nuit du 30 novembre 1910 pour une crise de dyspnée subite. On constata à ce moment de l'encombrement des deux poumons pluie de râles sibilants et ronflants avec expiration prolongée et sifflante aux deux bases ; l'auscultation des sommets est négative. Bruits du cœur sourds. La pression à la radiale est de 19. Pas de céphalée, pas d'œdème des membres inférieurs. Les urines contiennent un léger anneau d'albumine (saignée ventouses, morphine en injection).

Le 2 décembre légère amélioration de la dyspnée, les bruits du cœur sont toujours lointains. Pouls à 80. Température 36°8. myosis.

Mort le 6 décembre, 1910 en asystolie complète.

Autopsie le 8 décembre. — Petites cavernules et tubercules crétacés aux deux sommets sans adhérences pleurales, emphysème des bords, congestion œdémateuse des deux bases. Le cœur très hypertrophié présente de petites bandes de sclérose au niveau de la grande valve de la mitrale, athérome de la crosse de l'aorte. Reins scléreux, capsules surrénales normales. Foie petit, très congestionné.

Forme pleurétique

La pleurésie tuberculeuse du vieillard que nous avons vu revêtir une forme aiguë, à marche rapide, peut également évoluer d'une façon lente et n'arriver à causer la mort qu'au bout d'un temps assez long, ou même guérir.

Le malade se présente, en général, avec tous les signes cliniques habituels d'une pleurésie avec épanchement, et la tuberculose pulmonaire sous-jacente est souvent diagnostiquée.

Cependant les signes ne sont pas toujours d'une netteté aussi absolue et il arrive souvent que le poumon induré, adhérent au thorax, au moins par son sommet, les vibrations thoraciques et le murmure vésiculaire sont conservés, malgré la présence de liquide dans la plèvre.

Ces pleurésies chroniques, dont la nature tuberculeuse est affirmée par les signes cliniques, le cytodiagnostic du liquide épanché et surtout par les résultats de l'injection intra-péritonéale au cobaye sont peu graves par elles-mêmes si ce n'est par les phé-

nomènes mécaniques qu'elles entraînent. Elles indiquent cependant une marche active de la tuberculose et précèdent la cachexie finale.

OBSERVATION XXIII (Personnelle)

(*Pleurésie tuberculeuse chronique. Hémoptysie*)

J..., François, soixante-seize ans. Salle 2, lit 20.

Hospitalisé le 10 avril 1910 pour bronchite chronique.

Au premier examen, le 13 avril, à l'auscultation sibilances généralisées et sous-crépitants au sommet droit, dyspnée marquée. Cœur normal, pas d'œdème, artères dures ; la pression à la radiale est de 16. Urines normales.

10 mai 1910. — Augmentation de la dyspnée et point de côté à la base droite. On constate à ce niveau de la matité et de l'abolition des vibrations thoraciques. A l'auscultation, abolition du murmure vésiculaire, égophonie, pectoriloquie aphone. Ponction exploratrice (60 cmc.) ; l'examen cytologique donne une formule nettement lymphocytaire.

L'intra-dermo-réaction à la tuberculine faite le 20 mai n'est nettement positive que le 27.

10 juin. — Œdème des membras inférieures et du bras gauche, pression à la radiale 22 ; les urines contiennent de l'albumine. La matité remonte à droite jusqu'à l'épine de l'omoplate; au niveau du sommet droit matité, râles humides, expiration soufflante. Essai d'autosérothérapie, résultat négatif.

17 juin. — Première ponction évacuatrice 1 litre.

3 juillet — Crise de dilatation cardiaque, battements des jugulaires, souffle tricuspidien.

L'examen cytologique donne toujours une formule lymphocytaire.

Août. état satisfaisant.

4 septembre. — Deuxième ponction évacuatrice : 1 l. 500.

10 septembre. — Troisième ponction : 1 litre.

23 septembre. — Bruits du cœur sourds, pas de souffle valvulaire, la matité remonte à l'épine de l'omoplate. Pas d'œdème. Pouls petit, rapide, pression à la radiale : 13.5

Pas de température. Ponction évacuatrice 1 l. 500.

24 novembre. — Ponction : 1 l. 200 ; exploratrice et évacuatrice, injection intra-péritonéale au cobaye.

2 octobre. — Respiration soufflante, retentissement de la toux et craquements humides aux deux sommets. Les crachats contiennent un à deux bacilles de Koch par préparation.

28 octobre. — Ponction évacuatrice : 1 l. 500.

12 novembre. — Hémoptysie assez abondante avec violent point de côté à droite, dyspnée, adynamie complète. Mort le 14 novembre 1910.

16 novembre. — *Autopsie.*

A l'ouverture du corps épanchement abondant dans la plèvre épaissie, mesurant par places plusieurs millimètres d'épaisseur et présentant à sa surface pariétale des granulations tuberculeuses. Poumon droit rétracté, sclérosé avec infiltration du sommet Poumon gauche congestionné. Cœur symphyse péricardique sans épanchement, hypertrophie du ventricule gauche, athérome aortique. Le rein gauche présente un module blanchâtre du volume d'une graine de millet qui paraît être un tubercule.

OBSERVATION XXIV (Personnelle)

Pleurésie tuberculeuse gauche avec péricardite

P... Jean, soixante et onze ans. Salle 2, lit 34.

Hospitalisé en août 1910 pour sénilité.

Présente à son entrée de l'œdème des membres inférieurs et une douleur péricordiale nette. A l'auscultation respiration faible avec craquements secs au sommet gauche, tachyarythmie intense, arythmie nette et bruit de galop. Radiales très dures, pression à la radiale 17.

10 août 1910. — Matité de la base gauche, souffle pleurétique, égophonie, abolition des vibrations thoraciques, pas de pectoriloquie aphone, pas de skodisme : espace de Traübe normal. Une ponction exploratrice donne issue à un liquide citrin à formule cytologique nettement lymphocytaire ; la recherche des bacilles de Koch dans les crachats est positive.

En octobre 1910, après deux nouvelles ponctions exploratrices qui donnent issue à un liquide à formule nettement lymphocytaire, après un nouvel examen positif des crachats, au point de vue bacilles de Koch, on porte le diagnostic de pleurésie bacillaire gauche chez un cardiaque. Le cobaye injecté avec du liquide prélevé au mois d'août a été nettement tuberculisé en l'espace d'un mois.

L'intra-dermo-réaction à la tuberculine pratiquée le 15 octobre est retardée : positive seulement au bout de soixante-douze heures elle persiste nettement huit jours après.

12 novembre. — Crise de dilatation cardiaque, arythmie,

tachycardie, souffle tricuspidien. La matité cardiaque donne 15 centimètres de largeur et 12 1/2 de hauteur,

Le foie déborde les fausses côtes de quatre travers de doigts.

2 décembre. — Pression à la radiale 17 1/2. Disparition de l'œdème des membres inférieurs, diurèse abondante.

5 février 1911. — Augmentation des signes d'auscultation au niveau de la base gauche avec tachycardie. Liquide citrin. Réaction de Rivalta positive.

6 février. — La pointe du cœur bat dans le sixième espace, bruits du cœur sourds, lointains, espace de Traübe sonore. Auto-sérothérapie 3 centimètres cubes.

7 février. — Ponction exploratrice (500 gr.), liquide jaune rosé, à forme cytologique lymphocytaire ; symptômes d'urémie cérébrale : au niveau du cœur, à la hauteur du mamelon frottement péricardique.

14 mars. — Ponction évacuatrice 500 centimètres cubes.

L'état général actuel est satisfaisant.

CHAPITRE V

DIAGNOSTIC

La tuberculose sénile dont nous venons d'exposer les deux formes cliniques principales d'évolution, la forme aigüe et la forme chronique, conserve souvent jusqu'au bout un caractère de latence absolu ou presque absolu et c'est là surtout sa caractéristique principale.

Dans un grand nombre de cas, nous la voyons être une constatation, post mortem, et cette marche spéciale, si fréquente de la tuberculose des gens âgés, mérite d'être de nouveau, signalée au moment d'aborder l'étude des divers moyens, tant cliniques que d'expérimentation que nous possédons pour arriver au dignostic de la tuberculose.

Pour les tubercules de guérison, nous ne pensons pas que les plus grandes finesses d'auscultation permettent de les déceler aisément chez le vieillard et le diagnostic précis n'en serait pas d'une grande utilité pratique. Il n'en est pas de même des lésions en activité, qu'il y aurait, au contraire, un intérêt majeur à pouvoir reconnaître, ne fût-ce que pour

prendre les mesures prophylactiques quelles comportent. La tuberculose des vieillards peut être confondue avec le catarrhe chronique des bronches et avec la bronchectasie. Dans les cas de bronchectasie, les signes physiques sont presque similaires et indiquent seulement la présence d'une excavation dans le poumon. L'emphysème, avec bronchite chronique, est d'autant plus facilement confondue avec la tuberculose, que nous voyons à l'autopsie leur coexistence extrêmement fréquente. Dans les cas où l'emphysème accompagne la tuberculose, la sonorité de l'emphysème peut masquer complètement la matité de la tuberculose.

Les hémoptysies dont nous avons noté la fréquence chez le vieillard constituent un bon moyen de diagnostic ; il faut penser toutefois, dans ces formes, aux crachements de sang par apoplexie pulmonaire chez des cardiaques, au cancer, au kyste hydatique du poumon. Le diagnostic des formes aiguës est particulièrement difficile, souvent impossible, la la granulie du vieillard est le plus souvent une trouvaille d'autopsie et nous n'avons pu la reconnaître que deux fois, du vivant du malade. La tuberculose sénile aiguë revêt le masque de la fièvre typhoïde de la méningite tuberculeuse. La forme pleurale a souvent un caractère lent, insidieux ; dans les cas à marche aiguë ou suraiguë l'attention peut être attirée du côté d'un épanchement dans les plèvres bien qu'il nous soit arrivé d'assister à la fin subite d'un malade chez qui on trouvait à l'autopsie un

abondant épanchement pleural que rien n'avait fait soupçonner.

La tuberculose sénile évolue parfois avec toux, expectoration purulente, douleurs thoraciques, dyspnée violentes, hémoptysies. Il existe de l'impotence, de la faiblesse musculaire, une asthénie générale, de le l'élévation de température.

La fréquente latence de la maladie doit nous conduire à recourir très souvent aux divers procédés d'expérimentation et de laboratoire que nous avons à notre disposition. Nos recherches sur l'intra-dermo-réaction à la tuberculine nous ont sans cesse donné des résultats assez concluants pour que nous nous soyons cru autorisé à en tirer une bonne indication au point de vue de l'existence chez un malade, d'un foyer de tuberculose : ce n'est certes pas un procédé infaillible. La présence de l'intra-dermo-positive indique seulement un foyer tuberculeux qui peut être un foyer actif, ou au contraire, un vieux foyer endormi. L'absence d'intra-dermo permet presque à coup sûr, sauf chez les cachectiques, d'éliminer la tuberculose.

Le séro-diagnostic de la tuberculose, chez le vieillard, a également été étudié par Froment et cet auteur constate que dans les tuberculoses guéries et dans les tuberculoses aiguës il n'y a pas d'agglutination ; mais pour lui, une agglutination positive, même au cinquième, à une grande valeur pour déceler un foyer de tuberculose latente.

L'albuminuro-réaction de Roger que nous avons

systématiquement pratiquée pendant quelque temps, ne nous a pas donné de résultats bien satisfaisants, car nos malades sont en même temps que des tuberculeux ou des suspects de tuberculose, des vieillards cardiaques ou brightiques, à manifestations exsudatives dans le parenchyme pulmonaire, ce qui suffisait à fausser le diagnostic ou tout au moins à lui enlever une grande partie de sa valeur. Nous n'avons pu, faute d'un outillage spécial, expérimenter la valeur de la recherche de l'index opsonique, de la réaction de fixation. La culture sur sang gélosé, la radioscopie nous ont souvent donné de précieux renseignements. L'injection au cobaye à laquelle nous avons eu fréquemment recours dans les différents cas d'épanchements pleuraux nous a rendu de grands services. Mais le signe de certitude a sans cesse été pour nous la constatation du bacille de Koch dans les crachats. La présence du bacille est presque constante, mais sa recherche est plus délicate et il présente souvent une forme particulière petite et incurvée.

Ces différents signes tirés de la réaction à la tuberculine ou des différents examens de laboratoire, ont une certaine valeur ; mais seule, la constatation du bacille de Koch constituera une valeur absolue au point du vue du diagnostic.

CONCLUSIONS

I. — La tuberculose pulmonaire est extrêmement fréquente dans la vieillesse. Sur 100 autopsies de vieillards ayant succombé dans les hospices ou asiles on trouve plus de 75 o/o de sujets présentant des lésions tuberculeuses. Si dans 3/5 des cas il ne s'agit que des lésions cicatricielles, reliquat d'une tuberculose ancienne guérie, dans 2/5 des cas, au contraire, on constate des lésions en activité plus ou moins étendues, et chez 20 o/o des vieillards autopsiés, la mort relève, sans doute possible, de cette tuberculose pulmonaire.

II. — Cliniquement, la tuberculose des vieillards évolue sous deux formes bien distinctes.

1° Une forme aiguë (granulie généralisée ou localisée, broncho-pneumonie, pleurésie), amenant la mort en quelques jours, en quelques semaines et évoluant, tantôt avec une symptomatologie plus ou moins voisine de celle qu'on observe chez l'adulte, tantôt et le plus souvent, avec un caractère de latence accusé qui en fait, dans un grand nombre de cas, une trouvaille d'autopsie.

2 Une forme chronique dans laquelle les manifestations cliniques et le type évolutif peuvent aller de la latence absolue a la forme classique ulcéreuse, de tous points semblable à celle de l'adulte.

III. — Le diagnostic de la tuberculose du vieillard est, de façon générale, fort difficile. L'intra-dermo-réaction à la tuberculine, par le procédé de Mantoux, permet de diagnostiquer, presque à coup sûr, si le sujet a été touché à un moment quelconque de son existence par un processus bacillaire ; et en fait, elle se montre positive chez 82,5 o/o des vieillards examinés. Mais elle ne permet pas de dire s'il s'agit de lésions en activité ou d'un reliquat de lésions cicatrisées. Les seules données de l'examen clinique sont insuffisantes et seuls, les renseignements fournis par les méthodes de laboratoire, recherche des bacilles, examen cytologique des épanchements, inoculations des liquides pathologiques peuvent, dans un certain nombre de cas, permettre de déceler la phtisie sénile.

IV. — Le diagnostic de la tuberculose pulmonaire sénile est d'une très grande importance, car les vieux tuberculeux, lorsqu'ils sont considérés, ce qui est le cas le plus fréquent, comme atteints de catarrhe chronique des bronches, constituent pour leur entourage familial ou hospitalier de très redoutables agents de dissémination des bacilles tuberculeux.

Vu : le Président de la thèse,
WIDAL

Vu : le Doyen,
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
LIARD

BIBLIOGRAPHIE

Andral. — Clinique médicale, t. IV, Paris, 1834.

Aubry (P). — De l'asystolie chez les tuberculeux (Gazette médicale de Nantes, 22 janvier 1910).

Audouin — Thèse de Paris, 1879.

Balme. — Thèse de Lyon, 1905.

Barié. — Recherches sur la tuberculose sénile (Revue de Médecine, octobre 1895-janvier 1896).

Bard (L.). — De la phtisie fibreuse chronique (Thèse de Lyon, juillet 1879).

Bayle. — Recherches sur la phtisie pulmonaire, in-8°, 1810.

Beau. — Etudes cliniques sur les maladies des vieillards. (Journal de Médecine de Beau, 1843. t. I, p. 333).

Bauer. — État de l'aorte chez le vieillard (Arch. générale de médecine, 1904.)

Boinet. — Fréquence et dangers de la tuburculose sénile. (Marseille médical, 13 août 1905.

— Archives générales de la médecine, 12 septembre 1905.

Boudet. — Recherches sur la guérison naturelle ou spontanée de la phtisie pulmonaire Thèse de Paris, 1843.

Brousse. — De l'involution sénile. Thèse d'agrégation, 1886.

Boy Tessier. — Leçons sur les maladies des vieillards, 1894.

Canstatt. — Die krankeiten des höheren alters Erlangen, 1839.

Cassard. — Tuberculose du foie chez le vieillard. Thèse de Paris, 1908.

Chaix. — Thèse de Paris, 1904.

Charcot. — Leçons cliniques sur les maladies des vieillards et les maladies chroniques. Paris, 1879.

Cocatrice (J.). — De la tuberculose aiguë chez le vieillard. Thèse n° 93. Paris, 1866.

Combes. — Thèse de Montpellier, 1905,

Courmont et Revol. — Tuberculose latente et séro-diagnostic (Bulletin de la Société médicale des hôpitaux de Lyon, 22 avril 1904.

Crozet. — Les Réactions cutanées consécutives à l'injection intra-dermique de tuberculine et de divers sérums dans les dermatoses de la série des érythèmes.

Déjerine. — Recherche des bacilles dans la tuberculose calcifiée (Revue de Médecine, 1884, p. 921).

Delanoe. — Mémoire couronné par la Faculté de Montpellier, prix Sviacibri, 1908.

Demange. — Étude clinique et anatomique de la vieillesse, 1886.

Durand-Fardel. — Traité pratique des maladies des vieillards, 1re édition, 1854, 2e édition. p. 571, 1873.

Etienne. — L'ophtalmo-réaction chez le vieillard. Bulletin société médicale des hôpitaux, décembre 1907 (Revue médicale de l'Est, avril 1908).

Recherches statistiques sur la morbidité tuberculeuse (Revue médicale de l'Est, 15 octobre 1905).

— La pleurésie chez les vieillards (Province médicale, n° 20, 16 mai 1908, p. 230-232).

Fisher (W.). — Deut. arch. f. Klin med., 1910 (XCIX, 3-4).

Fonssagrives (J.-B.). — Thérapeutique de la phtisie pulmonaire basée sur les indications ou l'art de prolonger la vie des phtisiques par les ressources combinées de l'hygiène et de la matière médicale, 2e édition. Paris, 1880.

Froment. — Séro-diagnostic de la tuberculose chez le vieillard. Congrès international tuberculose, 1905.

Geist (L.). — Klinick der Greisenkrankheiten, p. 346. Erlangen, 1860.

GENDRIN. — De l'influence de l'âge dans les maladies. Thèse concours. Paris, 1840.

GILLETTE. — Supplément au Dictionnaire des Dictionnaires de médecine. Article Vieillesse, Paris, 1843.

HAVARD MARSH. — Harveian society of London Fetruary, 1892.

HÉRARD et CORNIL. — De la Phtisie pulmonaire, 1re édition, Paris, 1887.

HUTINEL. — L'intra-dermo-réaction à la tuberculine. Académie de Médecine, 27 octobre 1908.

JARDIN. — De la phtisie pulmonaire chez les vieillards, nº 39, 1871.

LAUNOIS et BOURGEOIS. — Revue de la Tuberculose, 1894.

LAENNEC. — Traité de l'auscultation médiate, t. I, 6e édit., 1816.

LEBERT. — Traité pratique des maladies scrofuleuses et tuberculeuses, 1849, p. 60.

MACLACHLAN. — A pratical treat. on the diseas. and infirmit. of. advandced life. London, 1863.

MANTOUX (Ch.). — L'intra-dermo-réaction à la tuberculine, société Biologie, 3 juillet et 30 octobre 1909. — Presse médicale, 1910, nº 2, p. 10.

MANTOUX (Ch.) et LEMAIRE (J.). — Intra-dermo-réaction à la tuberculine sur 300 enfants non malades. Société de Biologie, 31 juillet 1909.

MARFAN. — Phtisie des vieillards, in Traité de Médecine. Paris, 1893, t. I, p. 764.

METTENHEIMER. — Beitrage zur Lehre der greisankrankheit. Leipzig, 1863.

MICHEL. — Étude sur la tuberculose pulmonaire des vieillards. Thèse de Paris, nº 224, avril 1894.

MILCENT. — Bulletin de la Société Anatomique. Paris, 1842, t. XVII, p. 277.

MOUISSET et BOUCHUT. — De la péricardite tuberculeuse chez le vieillard. Lyon médical, 2 mai 1909.

MOURETON. — Thèse de Paris, 1863.

OPPENHEIM et LE COZ. — Fréquence de la tuberculose pul-

monaire des vieillerds. Progrès médical, 7 janvier 1911, p. 5.

Parisot (L.). — Revue Médicale de l'Est, 15 janvier 1894, p. 353.

Peter. — Cliniques, 1882, t. II, p. 113.

Von Pirquet. — Tuberkuline diagnose durch kutane Impfung. Berlin med. Gesell, 20 mai 1907, n° 20, p. 664.

Potain. — Semaine médicale, p. 237, juillet 1890 et Bulletin médical, p. 1083, décembre 1894.

Prüss. — Mémoire de l'Académie royale de médecine, t. VIII, 1840.

Quesne. — Bulletin société anatomique, p. 85, t. IV. Paris, 1829.

Rauzier. — Traité des Maladies des vieillards, p. 412 et suivantes, 1909.

Rogée (C.). — Essai sur la curabilité de la phtisie pulmonaire. Arch. génér. de médecine, 3e série, t V, p. 131. 1839.

Roger et Levy-Valensi. — Analyse chimique des expectorations. Société médicale des hôpitaux, 23 juillet 1909.

Rueffe. — Thèse de Nancy, 1903.

Sicuriani. — Un cas de granulie sénile. Revue tuberculose, 1904, p. 204.

Stahelin. — Berl. Klin. Wochenschrift, 28 janvier 1910.

Teissier. — La Pression artérielle chez les tuberculeux. Revue tuberculose, 1905, p. 378.

Thibierge et Gastinel. — Reproduction expérimentale de certaines dermatose de la série des érythèmes par injections intra-dermiques de tuberculine et de divers sérums. Bulletin de la société médicale des Hôpitaux, 30 avril 1909.

Valentin (J.). — Fréquence du Rhumatisme chronique déformant chez les vieillards atteints de tuberculose pulmonaire (Lyon, 1905-1906).

Widal. — Tuberculose osseuse chez le vieillard. Congrès de la tuberculose, 1898.

Imp. de la Faculté de Médecine, JOUVE et Cie, 15, rue Racine, Paris